191

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Année 1914 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION - MÉDECINE)

PAR

W. Friedmann

Né à Riga (Russie), le 16 septembre 1882

De l'Atrésie et de la Sténose

DE

L'ORIFICE EXTERNE DU COL UTÉRIN

Président : M. POZZI, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, Éditeurs

15, Rue Racine (VIe)

—

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS ET AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAMUEL POZZI

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUIS RÉNON

MESSIEURS LES DOCTEURS JAYLE, PORTE,
GIRARD, PERRIOL ET JAQUEMET

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dlatresieetdelas0018vari

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAMUEL POZZI

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Grand officier de la Légion d'honneur

PRÉFACE

Déjà les médecins de la Grèce antique connaissaient l'atrésie des organes génitaux de la femme qu'ils appelaient phymosis. C'est le nom que porte un chapitre de la gynécologie de Soramus d'Éphèse, dans laquelle il parle des membranes obturantes qu'on peut rencontrer aux lèvres des organes génitaux de la femme, au milieu du vagin et à l'entrée de l'utérus. Galène appela les personnes, porteurs de ces vices, du nom *atritæ*.

L'École hippocratique a bien décrit les symptômes subjectifs et objectifs qui accompagnent la rétention du sang menstruel et les ruptures spontanées qui peuvent s'en suivre.

Aristote parle des opérations, souvent à issue fatale, pour remédier aux atrésies. Aétius consacre un chapitre à l'imperforation de l'utérus.

L'École arabe, avec Albucasis et Avicenne, étudie avec détails les causes et les opérations des atrésies génitales.

En 1525, Félix Plater ouvre au moyen d'un caustique un hématomètre, mais perd sa cliente à la suite d'une péritonite. En 1588, Ludovic Mercatus

écrit dans un ouvrage : *De hisquæ clausa habent genitalia et uterum.*

Fabrice Hildanus emploie, en 1628, pour la première fois semble-t-il, la ponction exploratrice et publie un cas de rupture spontanée d'un hématocolpos vers le rectum.

Vers l'année 1770, Horoshipe fit le diagnostic d'une atrésie, par le toucher vésical et intrarectal combinés, qu'il ponctionna par le rectum.

En France, au siècle dernier, M^me^ Lachapelle, Dupuytren, Hugier, Depaul, Lisfranc, Pajot et d'autres se sont occupés des sténoses et des agglutinations du col utérin et de l'atrésie du vagin.

Nægele, Billroth, Nagel, Veit, Schrœder et Meyer en Allemagne ; Sims, Simpson en Amérique ont ramené la question du terrain de l'obstétrique dans celui de la gynécologie.

Il n'est pas aujourd'hui de chirurgien ou d'accoucheur connus en France ou à l'étranger qui n'ait pas contribué à l'étude de la question des atrésies et des sténoses du col utérin, surtout depuis que la stomatoplastie et le traitement par les caustiques, suivant une technique nouvelle, ont pris pied dans la pratique gynécologique moderne.

Nous nous occupons seulement des atrésies et des sténoses de l'orifice externe du col utérin.

C'est pendant notre stage à l'hôpital Broca, dans le service du professeur Pozzi, que M. le D^r^ Jayle a arrêté notre attention sur ce sujet.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le pro-

fesseur S. Pozzi de son haut et précieux enseignement et de l'honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de cette thèse, et M. le Dr Jayle de l'éducation pratique et des conseils de direction pour ce travail, qu'il nous a donnés avec son amabilité coutumière.

De l'Atrésie et de la Sténose

DE

L'ORIFICE EXTERNE DU COL UTÉRIN

INTRODUCTION

Beaucoup d'auteurs n'attribuent pas leur sens précis aux termes atrésie et sténose.

La définition de Ed. Schwartz nous semble la plus précise. L'atrésie du col consiste dans l'occlusion ou l'imperforation de l'orifice du museau de tanche. La sténose est le retrécissement du col.

Les atrésies et sténoses ne se rencontrent pas toujours isolément. Elles vont souvent ensemble avec une atrésie vulvaire, hymenale ou vaginale, lesquelles, dans ce cas, reconnaissent la même étiologie. De là l'opinion de beaucoup d'auteurs allemands qui considèrent les atrésies et sténoses du col comme étant d'origine vaginale, c'est-à-dire consécutives à une affection du vagin. Parmi 66 cas d'atrésies vaginales de différente étiologie cités par les auteurs, nous n'avons, en effet, trouvé que 15 cas se compliquant d'une atrésie de l'orifice externe du col.

L'hématométrie et l'hématosalpinx accompagnent

fréquemment l'atrésie du col, mais non pas d'une manière absolue.

Au point de vue étiologique, les auteurs divisent les atrésies et les sténoses en congénitales et acquises.

Les sténoses et atrésies congénitales se rencontrent dans les malformations de l'utérus, du col et du vagin.

Les sténoses et atrésies acquises sont le résultat d'une action curative, d'un traumatisme ou d'un processus infectieux ou néoplasique.

Dans ce groupe peuvent encore rentrer les sténoses et atrésies dues à un phénomène d'ordre trophique, comme l'involution utérine ou l'insuffisance ovarienne, survenue après une castration.

Les sténoses et les atrésies acquises sont celles qu'on rencontre le plus souvent.

Lorsqu'elles reconnaissent une origine curative, elles sont consécutives à des cautérisations par le nitrate d'argent, le perchlorure de fer, le nitrate acide de mercure, l'acide nitrique, le chlorure de zinc, le caustique de Filhos, le fer rouge, le galvanocautère, ou bien à des scarifications du pourtour cervical, le port d'un pessoire dans un vagin septique, à une stomatoplastie mal faite suivant le procédé de Schrœder ou de Sims ou bien, enfin, à des insufflations de vapeurs d'eau surchauffée, dans la cavité utérine, suivant le procédé de Sniéguireff-Pinkus, encore actuellement employé en Allemagne et en Russie.

Quant aux traumatismes du col, ils résultent ordinairement d'un accouchement laborieux ou d'une intervention obstétricale manuelle ou instrumentale (forceps, basiotribe, version, dilatation rapide, etc.).

Ces traumatismes sont souvent en mesure de créer une fistule vésico-vaginale, nouvelle source d'atrésies.

Parmi les processus inflammatoires septiques qu'on rencontre dans le vagin ou au niveau du col, capables d'entraîner une sténose ou une atrésie, il faut noter la métrite à gonocoques ou à streptocoques, la syphilis, la tuberculose, les fièvres éruptives, la diphtérie, la dysenterie, la fièvre typhoïde et le typhus exantématique.

Une restriction doit être faite en faveur des infections aiguës de ce groupe. Les rares atrésies ou les brides cicatricielles, qu'on les a vu produire, se limitent ordinairement à la vulve, au vagin et ne se propagent qu'exceptionnellement au col utérin.

Certains auteurs rangent parmi les facteurs sténosants du col le cancer et les fibromes.

Aux sténoses et aux atrésies doit aussi être rapporté le phénomène de l'oblitération et de l'agglutination, observé par de nombreux accoucheurs au moment de la dilatation du col.

CHAPITRE PREMIER

QU'EST-CE QUE L'AGGLUTINATION ?

En 1825, M^me^ Lachapelle communiqua plusieurs cas de conglutination des lèvres du col, observés par elle dans sa pratique. Elle conclut à une obturation par des mucosités gélatineuses et épaissies.

W. Schmitt (de Vienne) observa, en 1825, un cas pareil et l'expliqua par la présence d'une petite membrane muqueuse, obturant le col.

Nægele cite, en 1835, un cas semblable, en rappelant qu'un processus inflammatoire avait précédé l'accolement des lèvres.

Depuis, les opinions les plus variées ont été émises à ce sujet.

Zweifel déclara en 1875 que le phénomène appelé conglutination n'impliquait pas une lésion de l'épithélium du col. Dans la plupart des cas il s'agirait d'une distension anormale du segment inférieur, dans lequel l'orifice cervical, très petit, serait dirigé vers le sacrum.

Schrœder émit,en 1880,l'opinion que le plus souvent il ne s'agissait pas ici d'un orifice complètement

fermé, mais d'une rigidité acquise d'un col à petit orifice, consécutive à d'anciennes inflammations catarrhales :

Lœhnlein pense qu'il s'y agit tantôt d'atrésies cicatricielles, tantôt d'une adhérence anormale des membranes au segment inférieur, empêchant la dilatation.

Pour von Winkel il existerait dans ces cas une membrane obturante, laquelle serait un exsudat, dû à un ancien processus inflammatoire avec dégénérescence conjonctive secondaire et néoformation de vaisseaux.

Chiara, Dœderlein admettent la possibilité d'une coalescence épithéliale des lèvres du col, consécutive ou non à un processus irritatif.

L'avis de R. Meyer et de Veit est identique.

Domert, dans *la Gazette des Hôpitaux*, parle d'un spasme de l'orifice cervical, opinion en contradiction avec les travaux de Wallich, desquels il résulte que les fibres musculaires sont absentes dans le segment inférieur du col.

Scanzoni et Schutzer décrivent, comme agglutination, l'obstacle à la dilatation causé par des filaments qui obstruent l'orifice cervical et se déchirent à la pénétration du doigt ou d'un instrument.

Budin et Demelin distinguent chez la parturiente une simple agglutination des lèvres du col et une oblitération fibreuse.

Lepage et Ribemont-Dessaignes parlent d'une agglutination de l'orifice externe et d'une oblitéra-

tion du col souvent assez complète pour mettre obstacle à l'accouchement.

L'opinion de Treub (*in* Bar et Brindeau) nous semble être la plus nette. D'après cet auteur, le terme « agglutination » n'est pas juste, puisque dans ce cas le col n'est pas fermé, mais seulement pourvu d'un orifice petit. Un examen attentif fait trouver toujours une petite dépression, de la grosseur d'une tête d'épingle à peu près, entourée d'un cercle un peu plus rigide que le reste du tissu. Si quelques mouvements rotatoires en vrille du doigt, appuyé sur la dépression, ne réussissent pas à se frayer un chemin, c'est qu'on a devant soi un cas exceptionnel d'occlusion complète.

En effet, une sténose congénitale ou acquise, même très serrée, n'est pas un obstacle absolu à la fécondation. Celle-ci accomplie, la sténose n'attirera l'attention de l'accoucheur qu'au moment du travail. De là le nombre considérable de sténoses observées par les accoucheurs.

Mais lorsqu'on considère que l'atrésie complète semble se montrer, avec une fréquence relative chez la parturiente, on peut se demander si certaines sténoses, qualifiées par les uns d'agglutination, par d'autres d'oblitération, ne sont pas des atrésies en train de s'accomplir.

Quels sont alors les facteurs qui favorisent l'oblitération du col chez la femme enceinte ?

M^me^ Lachapelle pense que, dans ces cas, l'orifice externe du col est rétréci ou obstrué par des brides

cicatricielles, provenant d'accouchements ou d'affections antérieurs ; mais ce n'est que lorsque la conception a eu lieu que l'oblitération se complète. La grossesse, en modifiant la circulation de l'utérus, en donnant à cet organe une vitalité plus considérable, en supprimant surtout le flux cataménial et l'écoulement de mucus qui vient de la cavité utérine, facilite l'agglutination des deux lèvres du col.

Ainsi la gestation met pendant un certain temps l'orifice externe au repos, ce qui est une des conditions propices aux phénomènes plastiques de convalescence.

En effet, des déchirures du col pourront évoluer vers l'atrésie complète, si une conception intervient avant leur cicatrisation.

L'oblitération fibreuse, disent Budin et Demelin, est rencontrée principalement chez les multipares qui ont eu un accouchement antérieur laborieux et sont redevenues rapidement enceintes.

Le col s'efface alors complètement sous l'influence des contractions, mais, à aucun moment, l'orifice ne s'ouvre ; il n'y a pendant le travail ni sortie de glaires, ni écoulement de liquide amniotique. En général, on ne trouve pas facilement, dans ces faits, le point qui correspond à l'orifice externe ; il est à peine marqué par une petite saillie des tissus.

Dans l'agglutination, il suffit d'appuyer à son niveau avec l'extrémité de l'index : la partie fœtale qui se présente faisant contre-pression, les tissus cèdent et souvent l'orifice s'agrandit rapidement.

Dans l'oblitération fibreuse, au contraire, une intervention chirurgicale est nécessaire.

A côté des déchirures nous pensons que c'est surtout aux lésions ulcéreuses de la métrite blennorragique ou catarrhale du col, à la période de début ou restées à l'état latent et méconnues par la femme elle-même, en raison du peu de troubles auxquelles elles donnent lieu, qu'on doit incriminer les oblitérations du col, survenues pendant la grossesse. Dans la thèse de Boyer, on trouve plusieurs de ces exemples. Martin, Schrœder et Winkel y insistent beaucoup.

Tantôt, il se sera produit une adhérence du col au pôle inférieur de l'œuf, qui empêchera la dilatation de se faire, tantôt les ulcérations du col se seront cicatrisées par coalescence des lèvres, en le fermant complètement (cicatrice étoilée de quelques accoucheurs), tantôt cette coalescence sera imparfaite et on sera en présence d'un orifice punctiforme, avec tractus fibreux, preuve d'une coalescence imparfaite.

Dœderlein aussi admet la possibilité d'une fusion épithéliale au niveau des lèvres du col, consécutive à des irritations. Lœhnlein cite le cas d'une femme enceinte qui avait des pertes blanches et portait un pessaire. Au moment du travail il trouva un col, gros comme une lentille, très en arrière, au niveau duquel le doigt déchira une agglutination fibreuse. Nous trouvons une nouvelle confirmation de notre opinion sur l'identité de l'atrésie avec l'oblitération

du col des accoucheurs dans le fait que l'oblitération peut même se propager au vagin. Schmidt a rapporté l'observation d'une femme, laquelle présentait une atrésie cicatricielle de tout le vagin, consécutive à un accouchement antérieur au forceps avec fièvre puerpérale consécutive.

CHAPITRE II

ATRÉSIES ET STÉNOSES CONGÉNITALES

Les *atrésies* congénitales du col utérin sont très rares ; les sténoses congénitales sont fréquentes.

Les premières n'ont pas une genèse nettement établie, les secondes vont ensemble avec un arrêt de développement de l'utérus, resté à l'état pubescent et attirent l'attention par les phénomènes dysménorrhéiques auxquels elles donnent lieu.

Contrairement à ce qu'affirment quelques auteurs, Nagel s'est abstenu d'expliquer la genèse de l'atrésie congénitale de l'orifice cervical.

R. Meyer est de l'avis que les atrésies du col appelées congénitales sont d'origine vaginale et acquises pendant la vie extra-utérine. Veit, aussi, croit à l'origine vaginale de l'atrésie de l'orifice cervical externe, dite congénitale. Pour lui elle serait une fusion (*Verklebung*) épithéliale et, par conséquent, une anomalie secondaire, formée pendant la vie extra-utérine.

Les anomalies de constitution, anomalies premières, sont, d'après la classification de Veit, celles

qui résultent d'un arrêt ou d'un vice de développement embryonnaire. Or, Veit n'admet pas l'existence d'une atrésie congénitale, chez un fœtus viable.

S'il s'y ajoute un hématosalpinx, il faut toujours incriminer l'infection microphytaire dans la genèse de l'atrésie. Ceci surtout dans le cas d'utérus double avec une corne atrésiée. L'opinion de R. Meyer s'y rapproche sans cependant admettre l'origine infectieuse de ces atrésies. Menge affirme : « Il n'est pas douteux que de nombreuses atrésies, siégeant profondément (atrésies du col et de la trompe), sont acquises pendant la vie extra-utérine. Elles doivent souvent leur existence à une inflammation ou à une fusion épithéliale. Mais il existe aussi un grand nombre de gynatrésies congénitales dans le canal génital simple ou double, résultant, elles aussi, pour la plupart, d'une fusion épithéliale.

Sous une forme différente, Meyer, Nagel et Veit affirment qu'il est impossible, suivant les conceptions modernes, d'expliquer les atrésies congénitales de l'appareil génital féminin par un vice de transformation des cordons de Müller, ou d'une de leurs parties, en canaux.

La *sténose* congénitale est un vice de conformation qui coïncide ordinairement avec un utérus mal développé, utérus infantile. Certains auteurs l'envisagent comme le résultat d'une ulcération dans le cours de la vie intra-utérine ou aussitôt après la naissance. Elle serait donc d'origine cicatricielle.

L'utérus mal développé, dans ce cas, est souvent

antéfléchi et présente un col conique en forme d'éteignoir, de trompe d'éléphant, plus rarement en forme de toupie. La forme conique du col serait due, d'après Pajot, à un manque de fibres musculaires longitudinales, lesquelles, en attirant la muqueuse excentriquement, devraient produire l'aplatissement du museau de tanche et une cupule autour de l'orifice, tout en agrandissant celui-ci.

Martin croit que l'élongation de la portion supra-vaginale du col est parfois une conséquence de la métrite catarrhale.

D'après lui, la métrite produirait d'abord une sténose, pouvant atteindre la grandeur d'une tête d'épingle. Les sécrétions s'accumuleraient derrière cette oblitération et entraîneraient la dilatation ampullaire du col. Après la résorption des sécrétions, on trouverait un col allongé.

Chez la multipare, l'orifice externe du col mesure, d'après Pajot, 2 à 4 millimètres de diamètre. Pour le professeur Pozzi, la largeur de l'orifice externe, chez la femme qui a eu des enfants, doit être de 6 millimètres.

Lorsque le diamètre de l'orifice est inférieur à ces chiffres, la muqueuse utérine, tuméfiée et épaissie au moment des règles, apporte un nouvel obstacle à l'écoulement du sang en augmentant la sténose.

CHAPITRE III

STÉNOSES ET ATRÉSIES CONSÉCUTIVES A DES CAUTÉRISATIONS

Au point de vue anatomo-pathologique, les atrésies et sténoses acquises surviennent après une solution de continuité du tissu normal au niveau du col, soit après une déchirure, une cautérisation, une ulcération, une escharre ou une intervention chirurgicale.

La cautérisation chimique ou thermique n'aura pas d'effet sténosant, si l'épithélium du col n'a pas été détruit. Dans le cas contraire, un tissu de cicatrice, plus dense et plus rétractile que l'épithélium s'y substituera. L'orifice cervical restera rétréci et aura tendance à le devenir davantage avec le temps, lorsque, d'après certains auteurs, la sclérose cicatricielle de la surface cautérisée aura envahi tout le col (Doléris). La cautérisation pourra amener une atrésie complète dans le cas où les deux lèvres du col seront restées, après la chute de l'escharre, en contact trop étroit. Elles pourront se souder.

Il faut cependant remarquer que les caustiques ne

produisent pas toujours les méfaits qu'on leur a incriminés. A ce point de vue, tous les caustiques ne sont pas équivalents ; puis c'est le mode de leur application qui entre pour beaucoup en compte.

D'après l'opinion de la plupart des auteurs, le chlorure de zinc en crayons semble être le plus néfaste. Dumontpallier, qui, au début, s'était fait son défenseur, finit par le réserver pour les cas rebelles, contre lesquels le sulfate de cuivre aurait échoué. Le reproche que font M. Pozzi et M. Pierre Delbet aux caustiques solides, introduits dans la cavité utérine, consiste dans la difficulté de limiter leur action.

Rien n'indique à quel moment la cautérisation va aborder la couche musculaire où se trouvent logés les culs-de-sac épithéliaux, sans lesquels la régénération de la muqueuse ne peut se faire. On s'expose donc à agir trop et à substituer à la muqueuse un tissu de cicatrice, ou trop peu et à voir la métrite récidiver. Il est certain que la guérison peut se produire complète ; et de Grandmaison cite des cas de grossesse après ce traitement, mais il est non moins certain qu'il peut survenir des accidents graves de sténose ou d'atrésie du canal utérin. C'est au niveau du col, où la cautérisation est la plus profonde, que la sténose se produit.

Lauth, qui a recueilli dans le service de Dumontpallier un nombre relativement considérable d'observations, cite 13,5 o/o de sténoses et atrésies, con-

sécutives à l'application du crayon de chlorure de zinc.

Moins dangereux que le chlorure de zinc solide, serait l'introduction dans la cavité utérine de tampons imbibés de cette substance, d'acide nitrique concentré, d'acide phénique, si l'on s'entoure de certaines précautions, comme canules, speculum en verre, pour protéger le col. Ces procédés, employés surtout en Allemagne et en Amérique, ne se sont pas répandus en France. M. Pozzi pense qu'ils ne mettent pas toujours le col à l'abri de rétrécissements. Et, tandis que la portion cervicale est trop fortement cautérisée, l'action thérapeutique sur le fond du corps utérin reste souvent nulle.

Mais le même chlorure de zinc en solution, instillé dans la cavité utérine, pendant que le vagin est irrigué par un courant d'eau boriquée pour éviter les escharres, est employé depuis seize ans par Pierre Delbet dans le traitement de la métrite hémorragique. Il emploie la solution de 30 à 40 o/o, dont il introduit 4 centimètres cubes dans la cavité utérine au moyen d'une seringue de Braun ou de Luer. Au besoin, il répète l'injection. Il constate 55 o/o de guérisons de la métrite, sans qu'aucune sténose ou une atrésie s'en suive.

Le caustique de Filhos, mélange de chaux et de potasse, qu'employait autrefois Amussat et que M. Richelot a récemment remis en honneur, semble, de l'avis de MM. Pozzi, Faure et Siredey, être le plus bénin des caustiques utérins solides.

Les publications de M. Richelot, qui l'emploie depuis plus de quinze ans, celles de ses élèves et enfin les observations d'un certain nombre de médecins qui ont employé cette méthode ne laissent aucun doute sur son efficacité. Sans être exempte de danger, elle en comporte moins qu'on ne le dit. Elle est réellement inoffensive si l'on se tient à la technique recommandée par G. Richelot. L'application doit être courte et mesurée, non pas d'après le temps, mais d'après les résultats obtenus.

Il semble donc qu'en suivant une technique sévère qui aboutit pour ainsi dire à doser l'action du caustique chimique, on puisse éviter la sténose ou l'atrésie du col.

Le thermo- et le galvanocautère méritent, de l'avis de Pierre Delbet, de Lichtenstein et d'autres, les mêmes réserves et reproches que les caustiques solides, à cause de la difficulté de surveiller la limite de leur action sur le col.

La cautérisation de la muqueuse utérine par un jet de vapeur d'eau surchauffée (procédé de Sniéguireff-Pinkus), encore très employée en Russie et en Allemagne, donne souvent, d'après les observations publiées par Fuchs, Pitha, Schlutius et Baruch, l'atrésie complète de la cavité utérine et des sténoses et atrésies du col.

CHAPITRE IV

STÉNOSES ET ATRÉSIES D'ORIGINE TRAUMATIQUE ET INFECTIEUSE

Dans un accouchement, lorsque par suite d'une dystocie on est obligé d'intervenir et de terminer artificiellement le travail, le col utérin est soumis à des traumatismes, causés par les instruments, la main de l'accoucheur ou par la tête fœtale. Celle-ci pourra, d'ailleurs, en dehors de toute intervention, produire des déchirures du col ou de l'ischémie par compression, suivie parfois d'un escharre qui intéressera tantôt la lèvre antérieure, tantôt la lèvre postérieure, tantôt le pourtour de l'orifice cervical. La chute de l'escharre laissera des surfaces vives à nu. Si l'infection par des germes habitant ou apportés dans la cavité vaginale n'intervient pas, ces surfaces avivées pourront se réunir par première intention et produire une atrésie du col. C'est là une cause fréquente des atrésies et des sténoses dites spontanées, survenues après un accouchement.

L'infection s'y mêlant, la réparation ne se fera que par seconde intention. Dans ce cas on verra appa-

raître un tissu fibreux, inodulaire, trace de la suppuration. Ce processus de cicatrisation par un tissu conjonctif rigide aura une tendance rétractile. Souvent il se formera des brides, des adhérences, des cicatrices étoilées, des diverticules.

Ainsi naissent les sténoses après les ulcérations tuberculeuses, syphilitiques et chancrelleuses ou bien à la suite des accidents inflammatoires, qui, d'après Martin, Veit, Hezel et d'autres, peuvent frapper la vulve et le vagin au cours d'une fièvre éruptive, de la diphtérie, de la dysenterie, de la fièvre typhoïde ou du typhus exanthématique. Les atrésies ou sténoses du col, nées ainsi, intéressent souvent en même temps le vagin. Lisfranc avait indiqué les ulcérations syphilitiques comme cause d'occlusions vaginales complètes ou incomplètes.

Les fistules vésico-vaginale et recto-vaginale entretiennent une irritation chimique et septique du vagin. Des lésions inflammatoires, de véritables ulcérations, en se cicatrisant par places, engendrent des brides, des diverticules. Le vagin se sclérose, se rétrécit, le col de l'utérus se sténose, s'atrésie. Plusieurs observations de Freund en font preuve.

L'irritation, produite sur le col par le port d'un pessaire, a été invoquée dans un cas par Lœhnlein, comme cause d'une sténose par des tractus fibreux.

Henning a vu des cas d'atrésie chez de vieilles femmes atteintes de métrite catarrhale. Weiss et Ruelf citent le prolapsus utérin comme l'une des causes, quoique rares, de l'atrésie de l'orifice externe.

Mais le rôle le plus important dans les oblitérations totales ou partielles du col doit être attribué à la métrite blennorragique ou catarrhale, dont les ulcérations au niveau du col, surtout au début de l'affection, passent souvent inaperçues.

C'est là probablement que doit être recherchée l'étiologie des atrésies spontanées que certains observateurs ne savent à quoi attribuer et que beaucoup d'auteurs allemands attribuent à une conglutination épithéliale (*Epithelialverklebung*), phénomène auquel ils n'apportent aucune preuve histologique, ni anatomo-pathologique. Il est douteux qu'une conglutination ou fusion épithéliale puisse se produire en dehors d'un processus pathologique ou d'une solution de continuité. Seules des surfaces cruentées ou ulcérées, dénudées d'un épithélium ou à épithélium malade peuvent se fusionner chez l'homme pendant la vie extra-utérine. Si l'épithélium n'est détruit par l'ulcération qu'en quelques points, entre lesquels le tissu sain aura persisté, la fusion prendra l'aspect de tractus fibreux, décrits par les accoucheurs dans certaines variétés d'oblitération du col.

Dans la blennorragie et l'infection puerpérale, la sténose peut résulter non seulement du tissu conjonctif à tendance rétractile, qui vient remplacer la muqueuse ulcérée, mais aussi du processus inflammatoire profond qui accompagne l'endométrite cervicale. Ces cols, souvent gros et tuméfiés au moment où ils sont le siège de l'inflammation, deviennent par

la suite petits et scléreux, avec un orifice externe petit, souvent sténosé.

Le même processus inflammatoire, aboutissant à la sclérose pourra être rencontré dans la métrite parenchymateuse d'origine puerpérale. Dans ces cas l'utérus présente d'abord un stade hypertrophique (subinvolution) auquel fait suite un stade atrophique (superinvolution).

L'utérus gros, congestionné au début, mou et saignant facilement, devient, avec le progrès de l'affection, de plus en plus ferme, scléreux, pour atteindre le stade atrophique avec un petit col et un petit orifice cervical.

La syphilis et la tuberculose, maladies sclérogènes par excellence, sont susceptibles de provoquer des sténoses au niveau du col. Dans la syphilis, la sténose se produit, soit à sa période primaire, par suite du tissu cicatriciel consécutif au chancre, soit, plus rarement, lors des accidents secondaires, par suite de l'induration qui accompagne les plaques muqueuses hypertrophiées, soit, enfin, à la période tertiaire, en amenant une sclérose du col et du segment inférieur. Quant à la tuberculose, c'est surtout lorsqu'elle prend la forme d'une infection diffuse que certains auteurs l'ont vu produire la sténose du col.

L'irrégularité des menstrues, une sténose antérieure, la grossesse ou l'absence des règles chez les fillettes et les femmes ménopausées prédisposent à l'atrésie. Celle-ci se fera d'autant plus facilement que

le rythme menstruel sera supprimé pour un laps de temps plus prolongé.

L'infiltration cancéreuse, avant le stade d'ulcération, rétrécit la lumière du canal cervical, tout en respectant l'orifice externe. Le cancer de la portion vaginale envahit, d'après Ruge et Veit, tout le museau de tanche, mais n'a que peu de tendance à se propager vers la lumière du canal cervical. Sur 158 cas de cancer de l'utérus, recueillis dans la thèse d'agrégation du professeur Bar, l'orifice externe avait dans un seul cas l'aspect d'une fente à bords accolés ; dans un autre cas on ne trouva aucune trace de cet orifice. Dans une étude étiologique et symptomatologique d'une série de 120 autres cas de cancer du col utérin, M. Jayle ne cite pas de cas de sténose produite par le néoplasme. Il faudrait, par conséquent, établir une différence entre la rigidité cancéreuse du col, faisant obstacle à la dilatation au moment du travail, et la véritable sténose, rare dans ce cas.

Les fibromes interstitiels du col; forme très rare, peuvent aussi être la cause d'une sténose mécanique du col. Max Runge parle d'atrésie cervicale, consécutive à l'énucléation de ces fibro-myomes.

L'amputation du col ou la stomatoplastie faite d'une façon défectueuse ou bien dans de mauvaises conditions d'asepsie ou d'antisepsie donne souvent naissance à des sténoses du col. Nous parlons de cette question à propos du traitement opératoire des sténoses et des atrésies.

CHAPITRE V

STÉNOSES ET ATRÉSIES D'ORDRE TROPHIQUE

On connaît le rôle que l'infection exerce au niveau de l'utérus pour amener son atrophie prématurée. Cette superinvolution se rencontre encore dans d'autres cas, le plus souvent en rapport avec des troubles ou bien avec la suppression de la fonction ovarienne, notamment après la ménopause, après l'ablation des ovaires ou leur sclérose. L'orifice du col est petit, sténosé, souvent atrésié.

Dans la sclérose des ovaires, la sténose s'accompagne d'une sclérose de l'ensemble de l'appareil génital. Elle est spontanée et sa pathogénie peut, de l'avis de Jayle, être rapprochée du kraurosis vulvæ qui est aussi un phénomène d'atrophie scléreuse progressive. Elle peut même l'accompagner, comme le prouve une de ses observations que nous rapportons. Elle nous explique pourquoi telle opération sur le col, exécutée dans les meilleures conditions, entraînera à la longue une sténose du col, tandis que telle autre opération, faite d'une manière défectueuse et

dans de mauvaises conditions d'asepsie, laissera un col parfaitement perméable.

L'ablation des ovaires est souvent une cause de diminution de volume de l'utérus. Elle peut entraîner une sténose du col et l'atrophie complète de l'utérus, en le réduisant à la dimension d'une petite amande, ainsi que le professeur Pozzi l'a observé à plusieurs reprises. De là la pratique ancienne de la castration ovarienne pour amener la guérison des métrites douloureuses chroniques.

Après la ménopause, l'utérus subit une régression marquée, caractérisée par une atrophie progressive. Elle débute par le col qui diminue peu à peu et devient à peine appréciable au fond du vagin. Il n'est pas rare d'observer une atrésie ou un retrécissement marqué au niveau de l'orifice cervical. Parfois le col est distendu par du mucus. Lorsque l'atrophie sénile s'accompagne d'un processus infectieux, l'utérus contient du pus, comme on le voit dans les observations de Johnson que nous rapportons. Vauthier a publié un cas d'atrésie sénile qu'il constata sur le cadavre d'une femme âgée de soixante ans. L'utérus était vide, le col large était fermé au niveau de l'orifice externe par une membrane translucide.

L'atrophie sénile s'observe, d'après le professeur Pozzi, spécialement chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. Mais on voit parfois un processus analogue s'établir prématurément, avant l'époque de la ménopause, et cela après un accouchement où il semble que toute la vitalité de l'utérus

se soit épuisée d'un coup. Simpson a constaté cette atrophie 1 fois 1/2 sur 100, après l'accouchement et Frommel 1 fois sur 100. Au nombre des causes de la superinvolution, Frommel note surtout la lactation prolongée.

Les grandes pertes de sang au moment de l'accouchement semblent aussi avoir une réelle influence. En somme, il en est de même de toute cause débilitante comme tuberculose, chlorose, syphilis, diabète, mal de Bright, morphinisme, maladie de Basedow.

Tous ces utérus atrophiés auront un orifice cervical externe petit, parfois atrésié. Mais on passe souvent à côté de ce phénomène, parce que l'utérus atrophié ne donne pas toujours lieu à des symptômes morbides.

Symptomatologie et Pronostic

Les troubles produits par l'atrésie ou par la sténose de l'orifice cervical diffèrent chez l'enfant et chez la millipare, chez la femme enceinte, chez la femme ménopausée.

Chez la femme ménopausée, les symptômes présentent ceci de particulier que la sténose passe souvent inaperçue jusqu'à ce qu'elle se soit presque ou complètement transformée en une atrésie. Grâce à l'absence des règles, les douleurs caractéristiques de la rétention d'une collection intra-utérine ne présentent pas de recrudescence mensuelle, de même que

cette colection est plus souvent une pyo- ou une physométrie qu'une hématométrie.

Chez la femme enceinte, l'atrésie ou la sténose du col utérin pourrait, de l'avis de M. Porak et d'autres, donner lieu à une grossesse dite prolongée. Ozo a rapporté dans sa thèse deux observations semblables. Dans d'autres cas, ce sont un travail indéfiniment prolongé, la rupture ou l'inertie utérine, si une intervention ne vient pas à temps, pour lever l'obstacle.

Chez l'enfant, à la vie sexuelle sommeillante, l'atrésie cervicale ne semble pas toujours produire de troubles notables.

L'atrésie du canal cervical simple étant très rare, on la rencontre plus souvent dans le cas de canal génital double.

Beaucoup d'auteurs se sont demandé si l'hématosalpinx, qui accompagne parfois l'atrésie cervicale, s'était formé avant ou après l'apparition des règles. Dans les nombreux ouvrages que nous avons consultés à ce sujet, nous n'avons pas trouvé d'observation probante. Les auteurs, qui n'expliquent pas l'hématosalpinx, formé dans ce cas, par un reflux de sang venu de l'utérus, mais lui attribuent une cause infectieuse, indépendante de l'état de l'utérus, citent à l'appui de leur opinion de rares observations d'occlusion de l'*ostium uterinum* avec hématosalpinx concomitant. C'est ainsi que Veit, en se plaçant à un point de vue purement théorique, admet la possi-

bilité de la formation d'un hématosalpinx avant l'apparition des règles.

Plus probantes sont les observations concernant les gynatrésies cervicales chez les filles à partir de l'apparition des menstrues. C'est ordinairement entre l'âge de douze et quatorze ans que se montrent les premiers symptômes, qui consistent en une sensation de pesanteur ou de douleur dans le bas-ventre, dans la région sacrée, parfois avec tendance aux syncopes. Ces troubles sont surtout accentués vers les dates auxquelles devaient apparaître les règles.

Souvent on note des contractions utérines douloureuses, qui arrivent à forcer l'obstacle, lorsqu'il s'agit d'une atrésie membraneuse.

Certaines malades éprouvent alors une sensation d'éclatement d'un obstacle dans le bas-ventre. Il s'écoule un liquide qui prend tantôt l'aspect blanc grisâtre, lorsqu'il est purulent, tantôt noirâtre ou ocreux, plus ou moins fétide, lorsqu'il s'agit d'un sang altéré par la stagnation.

Mais très souvent l'oblitération résiste aux contractions utérines et demande une intervention pour lever l'obstacle.

La formation d'une hématométrie ou d'une pyométrie n'est pas une chose constante dans les atrésies cervicales.

Il en est de même de l'hydro-, hémato- ou pyosalpinx.

Sur 15 cas d'atrésies du col, R. Meyer note 3 cas

qui ne s'accompagnaient pas d'hématométrie et un cas où celle-ci était peu prononcée.

Parmi ces 15 cas d'atrésies de l'orifice externe 6 s'accompagnaient d'une hématosalpinx double, 1 cas d'un hématosalpinx unilatéral, 1 cas d'un pyosalpinx et, enfin, 1 autre d'un hydrosalpinx.

Ceci conduit R. Meyer à la conclusion que le siège de la gynatrésie n'est en aucun rapport avec la fréquence de l'hématosalpinx. Dans les observations que nous avons recueillies, nous avons trouvé des cas d'atrésie du col où l'hématométrie était absente.

Abandonnées à elles-mêmes, les collections sanguines, résultant d'une gynatrésie, sont d'un pronostic grave.

L'évacuation spontanée n'entraîne pas la guérison, mais un soulagement temporaire, suivi tôt ou tard de la récidive des accidents de rétention, souvent aggravés par la suppuration.

En effet la perforation qui s'est effectuée spontanément est toujours insuffisante et se referme après avoir permis l'évacuation, mais aussi l'infection de l'utérus. La mort peut survenir par septicémie, après ouverture spontanée, ou par péritonite, après rupture dans le péritoine, ainsi que le prouve le cas de Hemmann, rapporté par Meyer, chez une jeune fille de quatorze ans.

La sténose du col est un phénomène fréquent. Certains utérus, dans lesquels elle se rencontre, ont une cavité étroite et rétrécie encore davantage au

niveau de l'orifice cervico-utérin. Or, au moment des règles, la muqueuse est tuméfiée, épaissie. Elle apporte ainsi un nouvel obstacle à l'écoulement du sang. C'est surtout chez la multipare que les troubles provoqués par la sténose sont les plus prononcés.

Ces troubles menstruels avaient attiré, depuis longtemps, l'attention des auteurs américains, qui leur donnèrent le nom de dysménorrhée obstructive. Les règles sont douloureuses et peuvent, parfois, s'accompagner de crises nerveuses et syncopales.

Le mucus cervical et le sang menstruel retenus sont un milieu de culture favorable pour les germes infectieux, venus du vagin. Ainsi la rétention peut devenir la source de métrites d'origine saprophytique, streptococcique ou gonococcique aiguë ou atténuée.

Évoluant en vase clos, ces métrites s'aggravent encore, à la suite de l'obstacle apporté à l'écoulement des sécrétions pathologiques. La métrite saprophytique se rencontre souvent chez la jeune fille sous le nom de métrite virginale.

L'anémie, la chlorose, les troubles nerveux et dyspeptiques l'accompagnent fréquemment.

Enfin la sténose est souvent un obstacle à la fécondation. Mais ce n'est pas tant par l'obstacle mécanique opposé à l'entrée du sperme qu'agit la sténose d'après le professeur Pozzi. Quelque étroit que soit le passage, il serait toujours suffisant. C'est plutôt à ce qu'on pourrait appeler engouement muqueux de la cavité cervicale qu'il faut attribuer la stérilité.

La sténose congénitale du col disparaît définitive-

ment après la fécondation et l'accouchement, grâce au changement de structure que la gravidité a imprimé à l'utérus.

Si la femme ne peut pas être fécondée, on devra intervenir, pour rendre le col perméable.

Traitement

Le traitement varie suivant qu'il s'agit d'une atrésie ou d'une sténose du col utérin. Mais il n'est pas toujours possible d'en instituer un, surtout lorsque la sténose relève d'un trouble trophique, lié à une fonction insuffisante ou éteinte des ovaires, avec sclérose progressive ou atrophie de l'appareil génital entier.

Dans tous les autres cas le traitement sera essentiellement chirurgical et pourra encore varier, suivant que l'atrésie s'accompagne d'une hématométrie ou non. S'agit-il d'une atrésie avec hématométrie ? Le professeur Pozzi conseille de ponctionner d'abord avec un trocart, puis de se servir du bistouri ou des ciseaux pour agrandir l'orifice de la ponction. Après des lavages répétés avec une solution antiseptique, à l'aide d'une sonde intra-utérine, on fera bien de tamponner la cavité utérine et celle du col avec la gaze et de maintenir ainsi une dilatation un peu exagérée durant plusieurs jours. On laissera ensuite une canule de verre ou une sonde de caoutchouc à demeure dans l'utérus, jusqu'à ce que cet organe

soit revenu à ses dimensions normales. On devra, dans la suite, traiter par le curettage la métrite qui est une conséquence forcée de la lésion première et compléter au besoin par une stomatoplastie. Dans les cas où l'on n'aurait pas l'espoir de conserver un utérus capable de reprendre ses fonctions, et surtout dans les cas où l'on soupçonnerait des lésions des trompes, on ferait la laparotomie et l'on enlèverait les parties malades.

Lorsqu'il n'existe pas d'hématométrie, on pratiquera une incision à l'endroit où devait siéger l'orifice cervical et on poursuivra le traitement, comme s'il s'était agi d'une sténose congénitale.

Parmi les nombreux procédés en cours, nous ne citerons que les plus connus.

Ce sont : la dilatation non sanglante, rapide ou lente, la dilatation sanglante (discision), l'amputation du col, la stomatoplastie.

Dilatation non sanglante.

Qu'elle soit faite sous le chloroforme, suivant le procédé de Ducke qui place un pessaire métallique pendant trois mois, pour maintenir l'effet obtenu, ou suivant le procédé de Gibb qui la fait suivre d'un curettage, ou sous le chloroforme et en plusieurs séances, comme le faisait Pajot, ou bien encore au moyen de laminaires, de gaze iodoformée ou de sondes métalliques, comme le font Cleveland, Donier Goff, Samuel Peters, Chadvick, Lefour et Petit,

le résultat obtenu n'est souvent que passager.

Le professeur Pozzi n'accorde à la dilatation non sanglante qu'un rôle exceptionnel, comme palliatif temporaire. C'est aux bougies de Hégar qu'il s'adresse alors et dont le passage répété aussitôt avant les règles peut, suivant lui, avoir un effet favorable, en donnant un coup de fouet à l'utérus, toujours plus ou moins mal développé dans le cas d'une sténose cervicale congénitale. S'il est nécessaire, il débride légèrement le pourtour de l'orifice du museau de tanche avec un ténotome boutonné, pour faciliter par ce moyen le passage d'une laminaire. Mais ce traitement ne saurait être indéfiniment prolongé. La sténose réapparaît, aussitôt qu'il a été abandonné pour un temps quelque peu prolongé.

Dilatation sanglante

L'échec de la dilatation non sanglante amena certains chirurgiens à pratiquer la dilatation sanglante, encore connue sous le nom de discision du col utérin. Ils ont ajouté à la dilatation des sections variées sur le col, tantôt latérales, tantôt cruciales (Simpson, Munde, Fritsch, Defontaine, Sims), remontant plus ou moins haut dans le col, suivies ou non d'application de caustiques. Ces procédés, peu d'ailleurs répandus en France, ont un inconvénient commun, c'est de laisser le col exposé plus tard à la rétraction cicatricielle et de nouveau à la sténose.

Lwoff et Boryssovicz remplacent les incisions par des ligatures en masse sur les parois latérales du col qui arrêtent la nutrition des tissus et tombent au bout de quelques jours en laissant un orifice du col large en forme de fente.

Amputation du col

L'amputation des lèvres du col se fait suivant plusieurs procédés. Parmi les plus connus, citons ceux de Schrœder, de Simon-Marckwald, de Pouey, de Jayle.

Tous ont pour but de procurer au col utérin un orifice qui restera perméable. Mais ils nécessitent aussi un col, prêtant assez d'étoffe à l'opération. C'est l'état du col qui doit commander le procédé à choisir. L'écueil à éviter c'est le rétrécissement ultérieur de l'orifice du col. Pour maintenir à cet orifice des dimensions et une souplesse suffisante il est nécessaire de lui laisser une bordure muqueuse ou bien d'affronter d'une façon exacte la muqueuse vaginale à la muqueuse cervicale. Si on commet l'erreur de laisser des espaces morts, la réunion ne se fait pas par première intention. Le tissu souple du col se transforme en un tissu scléreux et inextensible qui met obstacle à la dilatation au moment du travail et qui sous l'effort de plus en plus énergique des contractions utérines résistera indéfiniment ou

bien amènera une rupture du segment inférieur, parfois grave.

Lorsque l'amputation du col remonte trop haut, elle expose la femme dans ses grossesses ultérieures à l'accouchement prématuré et à l'avortement. Les professeurs Audebert et Pinard et la thèse de Guibout l'ont suffisamment prouvé.

Au cours d'une discussion ouverte en 1899 à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris, Pinard rapporte un certain nombre d'observations, tirées des *Archives de la Clinique Baudeloque*. Sur 18 grossesses survenues après une intervention sur le col, il y eut 5 accouchements à terme ; les 13 accouchements avant terme se divisent en 8 accouchements prématurés et 5 avortements. Avant l'opération on relevait chez les mêmes femmes 35 grossesses, dont 28 s'étaient terminées à terme et 7 avant terme (2 accouchements prématurés et 5 avortements).

Les conclusions adoptées à l'unanimité ont été : 1° les opérations sur le col de l'utérus, dans de mauvaises conditions, peuvent déterminer consécutivement pour l'organe gestateur, des troubles fonctionnels pendant la grossesse et même des accidents graves lors de l'accouchement ; 2° la résection du col, quel que soit le procédé employé, ne doit être pratiquée que sur des indications très sévères et par des mains très sûres. De là l'opinion de Pinard : toute opération pratiquée sur le col doit être faite dans des conditions telles d'asepsie ou d'antiseptie,

que la réunion par première intention soit la règle et l'affrontement exact obtenu.

Procédé de Simon-Marckwald. — Quand le col est volumineux et sa muqueuse interne saine, on emploiera de préférence le procédé de Simon, bien décrit par Marckwald. C'est une amputation du col à deux lambeaux, encore appelée excision conique.

Le col étant préalablement saisi par deux pinces et attiré en bas, on le divise par deux incisions latérales en deux valves. Chaque valve est évidée de façon à présenter deux lèvres, l'une formée par la muqueuse vaginale, l'autre par la muqueuse cervicale. Il suffit alors de suturer au crin de Florence ou au catgut chromé l'une à l'autre ces deux lèvres qui s'appliquent par leur face profonde et de réunir les commissures par quelques points séparés. Lejars place les fils, avant de faire la section, pour ne pas manquer la muqueuse et pour la mieux saisir dans l'anse. Le vagin est ensuite tamponné à la gaze. Le pansement est renouvelé tous les deux jours, les fils sont enlevés vers le dixième jour.

Procédé de Schrœder. — Lorsque la muqueuse interne du col est malade, mais celui-ci assez souple, on réalisera l'amputation des lèvres du col à un seul lambeau. C'est le procédé de Schrœder. Le col étant saisi par deux pinces amarrées, par deux coups de ciseaux donnés aux extrémités latérales du diamètre transverse du col, on le partage en deux lèvres, anté-

rieure et postérieure. Puis avec un bistouri ou avec des ciseaux on enlève au niveau de chaque lèvre la muqueuse interne du col. Il reste ainsi deux lambeaux comprenant la muqueuse vaginale du col avec une certaine épaisseur de tissu sous-jacent. Ces lambeaux sont repliés et fixés à la muqueuse du canal cervical par quatre ou cinq points de suture. Quelques points au niveau des commissures complètent l'opération.

Procédé de Pouey (de Montevideo). — C'est une excision circulaire de la muqueuse du col, différant du procédé de Schrœder en ce qu'elle n'est pas précédée de la discision du col et laisse ainsi les fibres circulaires du col intactes.

D'après son auteur, cette opération trouve son indication dans le cas de gros cols éversés, remplis de kystes et nécessitant un creusement profond dans les tissus malades. Le col étant dilaté et l'utérus abaissé, le bistouri est plongé dans une partie revêtue de muqueuse saine, de manière à séparer du parenchyme utérin la muqueuse cervicale doublée d'un peu de tissu musculaire. Si la muqueuse cervicale est malade ou scléreuse, le bistouri la circonscrit ainsi par un trajet circulaire, de manière à isoler un manchon musculo-muqueux, destiné à être réséqué. La résection varie en hauteur suivant la dimension de l'utérus. En épaisseur, il suffit d'enlever une tranche inférieure à la moitié de celle de la paroi du col, pour être certain d'enlever tous les culs-de-sac

glandulaires malades. Cela fait, on sectionne la partie supérieure du manchon en ayant soin de conserver un petit lambeau de 3/4 de centimètre destiné à être suturé au grand lambeau vaginal que l'on renverse à l'intérieur du col.

Procédé de Jayle. — Ce procédé rapporte la ligne de cicatrisation à environ 1/4 de centimètre en dehors de l'orifice cervical externe.

Après abaissement de l'utérus et la section bilatérale du col, on procède à l'amputation des lèvres du col en commençant par la lèvre antérieure. Le bistouri est plongé juste contre l'angle de la muqueuse vaginale divisée, dans le parenchyme utérin, à 1/2 centimètre de profondeur, pour qu'à ce niveau il n'existe pas de muscle entre la muqueuse vaginale et la muqueuse utérine. Il va droit à la muqueuse utérine, puis remonte sur une longueur de 1 centimètre environ à l'union du muscle et de la muqueuse, sectionne celle-ci transversalement et redescend par un trajet inverse du côté opposé. Le lambeau ainsi circonscrit est alors libéré par de petits coups de bistouri transversaux et obliquement portés dans l'épaisseur du parenchyme.

On abaisse alors la lèvre antérieure et le bistouri, plongé dans l'angle de section latérale, s'abaisse en décrivant un lambeau vaginal arrondi et un peu plus court que celui de la muqueuse utérine. Ce deuxième lambeau une fois libéré, il ne reste plus qu'à enlever au bistouri le coin de tissu musculaire

compris entre les deux lambeaux en faisant une excision cunéiforme. Les deux lambeaux sont alors suturés par des points séparés dont quelques-uns combleront sur les côtés le vide créé au niveau des angles et rétabliront la commissure.

Procédé de K. Wert (de Kiel). — Lorsque la sténose siège à l'intérieur du canal cervical, Wert pratique la résection du segment sténosé. Après une incision longitudinale de la colonne antérieure du vagin, il décolle la vessie et coupe le col transversalement au voisinage de l'orifice interne. Puis il saisit le tronçon inférieur du col avec une pince, le décolle en arrière et le coupe aussi transversalement au niveau de son insertion vaginale. Ayant ainsi réséqué le tronçon sténosé, il suture la portion vaginale au tronçon portant l'orifice interne du col et referme par des sutures l'incision vaginale.

Stomatoplastie

Les opérations sur le col qui visent la réparation de l'orifice externe seul et ne comportent pas de résections des lèvres du col ont été appelées par le professeur Pozzi et par ses élèves du nom de stomatoplastie. Ce sont l'opération de Bouilly et la stomatoplastie proprement dite du professeur Pozzi.

Procédé de Bouilly. — On dilate d'abord la cavité du corps de l'utérus et le col avec une laminaire.

Après un curettage, on enlève avec un bistouri, sur chaque lèvre du col, une gouttière de deux à trois millimètres d'épaisseur. Afin d'empêcher la sténose ultérieure, ces gouttières ne se joignent pas latéralement, on laisse de chaque côté un peu de muqueuse normale. Après la suture des deux lèvres de chaque gouttière, on obtient un orifice largement ouvert et un col dilaté. Le canal est ensuite bourré de gaze iodoformée, imbibée de glycérine gaïacolée, pour assurer une cicatrisation dans des conditions d'antisepsie. Le procédé convient aux sténoses et aux atrésies acquises dans lesquelles le col présente assez d'étoffe pour le creusement des gouttières. Il est identique au procédé de Hégar, pratiqué en Allemagne.

Stomatoplastie par évidement commissural

(Opération du professeur Pozzi)

En présence d'un allongement hypertrophique du col d'origine congénitale, avec métrite sténosique vraie, la stomatoplastie de Pozzi est l'opération la plus rationnelle. Elle a pour but d'élargir l'orifice cervical et d'empêcher l'engouement muqueux du canal. Mais il existe aussi des cols où l'orifice externe présente des dimensions relativement larges, admettant facilement l'hystéromètre et dans lesquels les choses peuvent se passer comme pour un orifice trop étroit, grâce à un défaut de tonicité des tissus du col.

Ce sont les rétrécissements larges du col, par analogie avec ce qui se passe dans le rétrécissement large de l'urètre. Ces sténoses relatives nécessitent aussi l'opération de la stomatoplastie qui favorise un drainage permanent des produits de sécrétion. L'opération, dont les résultats, de l'avis de Faure, Siredey et d'autres gynécologues éminents, sont excellents, s'exécute, d'après la description du professeur Pozzi, de la façon suivante :

« On commence par sectionner latéralement le col, de façon à former deux valves, l'une supérieure, l'autre inférieure. Par l'écartement de ces deux valves presque toute la cavité cervicale se montre à découvert et la muqueuse apparaît divisée en deux moitiés correspondant aux deux valves. De chaque côté de cette muqueuse, en haut et en bas, se montre l'épaisseur du col formant une surface avivée. Sur chacune de ces surfaces étroites et longues on enlève un lambeau en forme de coin, limité par deux incisions longitudinales et par une petite incision transversale. L'une de ces incisions longitudinales est parallèle à la muqueuse cervicale, l'autre longe la muqueuse vaginale du col et toutes deux vont dans la profondeur à la rencontre l'une de l'autre, de façon à délimiter un lambeau prismatique et triangulaire qu'on enlève. Quand le lambeau est enlevé, la surface de section latérale se présente sous la forme d'une gouttière. Il sufffit maintenant d'affronter les deux bords de cette gouttière et de les suturer dans toute leur longueur. La suture se fait avec des fils

d'argent. Ainsi se trouve suturée la muqueuse interne ou intracervicale à la muqueuse externe ou vaginale du col. Lorsqu'on a répété les mêmes manœuvres pour chaque surface cruentée, l'affrontement est parfait. Les deux moitiés du col divisé n'ont plus de tendance à se réunir l'une à l'autre comme après le simple débridement et le col reste ouvert. Il en résulte que, immédiatement après l'opération, le col a l'aspect d'un bec de canard. Mais par suite de la rétraction qui s'opère peu à peu, cet aspect se modifie et plus tard l'orifice prend un aspect qui se rapproche beaucoup de l'état du col d'une femme qui a eu un accouchement normal. » Jamais cette opération n'a été cause de troubles au cours de la grossesse ni au moment de l'accouchement. Les cas rapportés dans les thèses de Chabry, de Mathez et de Nigoul le prouvent.

Elle a guéri la dysménorrhée, la métrite cervicale et de nombreux cas de stérilité. Dans d'autres cas l'utérus infantile s'est modifié nettement, aussitôt après l'opération.

OBSERVATIONS

Le nombre des gynatrésies et des sténoses décrit jusqu'à aujourd'hui est considérable. Mattéi a connu 19 cas, Hennig jusqu'à 300 cas, Hezel près de 20. Trask rapporte 36 observations, Schrœder un résumé de 66, la thèse de Ozo 30 et celle de Chabry 12.

Nous avons groupé ci-après des observations, présentant surtout un intérêt étiologique, parmi lesquelles quelques-unes personnelles, inédites.

OBSERVATION I

(M^lle^ le D^r^ Majerczak, *in* Jayle, XIX^e^ Congr. de chir. Paris, 1906.)

Atrésie du col survenue au cours d'une grossesse

Femme G..., trente-neuf ans, bien constituée, normalement réglée depuis l'âge de douze ans.

Premier accouchement à l'âge de trente-six ans, terminé par une extraction au forceps d'un enfant mort (inertie utérine). Redevient enceinte trois ans plus tard et parvient à terme. Elle perd les eaux sans douleurs ; au bout de vingt-quatre heures, les douleurs commencent d'abord espacées, puis continues. Au

toucher, on est frappé de la disposition anormale du col ; on sent à sa place une saillie mamelonnée au centre de laquelle on ne trouve pas d'orifice. La malade est transportée à la clinique où, sous chloroforme, M. Demelin et Jeannin pratiquent un examen direct et complet ; il n'existe pas d'orifice cervical externe ; le col est incisé, se déchire et une application de forceps permet d'extraire un enfant encore vivant et qui succombe quelques minutes après.

OBSERVATION II

(Hofmeier, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. LII.)

Atrésie congénitale. — Utérus biloculaire. Hématométrie de la moitié atrésiée.

Mai 1899. — Mme Fr..., âgée de vingt-deux ans. Mariée depuis un an, elle n'a jamais eu d'indispositions menstruelles, ni ménorragies. Depuis quatre semaines, elle ressent des coliques dans le côté gauche de l'abdomen. Au toucher, on sent la portion vaginale du col très haut, elle est petite, ainsi que le museau de tanche. Vers la partie supérieure du col, on sent, à travers le cul-de-sac vaginal à gauche, une tumeur de la grosseur d'un poing qui se termine par un angle auquel font suite les annexes gauches.

La sonde utérine, dirigée à droite, pénètre à une profondeur de 5 centimètres. Vers la même direction se trouve un éperon duquel, en tant que le toucher-palper le permet de sentir, partent les annexes droits. On est ainsi conduit à admettre qu'il s'agit d'un utérus biloculaire (*duplex seperatus*), dont une moitié, atrésiée, menstrue, tandis que l'autre partie, du côté droit, est privée de flux menstruel.

L'âge de la femme faisant reculer devant une castration, on procède, pour évacuer la collection de la moitié atrésiée de l'utérus, à l'opération suivante : Incision de la colonne antérieure du vagin suivie de décollement de la partie de la vessie qui s'applique contre le col utérin. On fait une ponction exploratrice de la tumeur située à gauche, laquelle ramène du sang. On incise alors la paroi utérine, épaisse de 1 cm. 1/2, sur une longueur de 3 centimètres. Après l'évacuation du sang d'aspect typique d'une hématométrie, on réunit les lèvres de l'incision vaginale à celles de l'incision utérine au moyen de fils de soie. Il se constitue ainsi une fistule utéro-vaginale, laissant facilement passer un doigt.

Il persiste ainsi au-devant du col perméable, conduisant à l'utérus droit, privé de menstruations, une fistule servant à l'évacuation du sang menstruel de l'utérus gauche. Quatre ans après l'intervention, les règles persistent normales et indolores.

Au bout de deux ans, la fistule n'est perméable que pour une sonde très fine.

OBSERVATION III

(A. Weis, Würzburg, 1892.)

Sténose du col après une cautérisation compliquée d'un myome du segment inférieur de l'utérus.

Femme âgée de trente-cinq ans, réglée à quinze ans et depuis lors toutes les quatre semaines pendant trois jours, mais dernièrement pendant sept à huit jours. Elle s'est mariée il y a dix ans ; elle a eu deux accouchements sans aucune assistance médicale, le premier il y a neuf ans, le dernier il y a

six ans. Elle souffre de pertes blanches dès son entrée en mariage. Il y a huit mois elle a été cautérisée par un médecin avec de l'acide azotique fumant. Depuis lors elle ressent toutes les trois semaines des douleurs dans l'abdomen, sans qu'il s'écoule du sang menstruel. Dernièrement les douleurs augmentèrent. Après son arrivée à la clinique, on remarque une métrorragie copieuse de sang noir, épais. L'utérus est augmenté de volume et dépasse de deux travers de doigt la symphyse pubienne. Le col est mou. On remarque un myome sous-séreux dans le cul-de-sac de Douglas. L'orifice cervical est ouvert, mais petit. Il s'en écoule une petite quantité de sang d'un aspect goudronneux.

Opération. — Douche vaginale, suivie d'incision latérale de Sims. Il s'en suit une bonne involution utérine. L'orifice cervical reste ouvert, les règles redeviennent normales. Guérison.

OBSERVATION IV

(H. Bouquet, *Revue internationale de Méd. et de Chir.*, 1904.)

Sténose du col consécutive à des cautérisations

Il s'agit d'une malade de trente ans environ, mariée depuis dix ans, et ayant toujours joui d'une excellente santé. Deux ans après son mariage, elle est prise de douleurs abdominales, à prédominance du côté gauche. Elle est alors traitée, après le diagnostic vague de métrite, au moyen de cautérisations de l'utérus. L'état s'amende avec une certaine rapidité, mais depuis quelques années, d'autres symptômes s'affirment : la malade qui avait toujours été réglée régulièrement et sans douleurs est prise de

douleurs très vives au début de chaque époque menstruelle. Il existe de plus chez elle d'autres douleurs, presque continues, celles-là, douleurs abdominales siégeant surtout dans le flanc gauche et que font naître les fatigues de tout genre, la marche principalement. C'est dans ces conditions que la malade vient consulter, principalement pour ses douleurs régulièrement mensuelles et pour une autre cause qui est l'absence de grossesse, dont elle et son mari sont très affectés.

A l'examen, on trouve un utérus de dimensions plutôt au-dessous de la moyenne, un peu antéfléchi. Les annexes du côté gauche sont le siège d'un empâtement assez appréciable, reste probable d'une affection oophoro-salpingienne ancienne qui avait provoqué, sans doute, le premier traitement, et auquel on pouvait rapporter les douleurs causées par la marche en ce point localisé de l'abdomen. Le col est petit, percé d'un orifice presque punctiforme. Le col est saisi et solidement maintenu au moyen d'une pince de Museux, puis l'hystérométrie est pratiquée avec beaucoup de peine et non sans réaction douloureuse, surtout lorsque l'instrument franchit l'orifice interne. On fait ensuite subir à la malade un traitement par la dilatation lente par des bougies graduées et par des tiges de laminaire.

OBSERVATION V

(Dr F. Jayle, XIXe Congrès de chirurgie. Paris, 1906.)

Sténose après amputation du col

Jeune femme de vingt-huit ans, mariée depuis cinq ans, stérile par suite d'une métrite blennorragique.

18 juin 1898. — Amputation du col avec des solutions de per-

manganate de potasse et de chlorure de zinc légèrement concentrées. Tissus très durs. Suites opératoires normales. Suites éloignées.

La malade devient enceinte l'année suivante et accouche à terme d'un gros enfant sans aucun incident et sans déchirure du col.

La malade que j'avais opérée surtout parce qu'elle était stérile revient me trouver en 1904 et me demande pourqnoi elle n'a plus d'enfant. Je trouve un col sténosé.

OBSERVATION VI

(Dr F. Jayle, XIXe Congrès de chirurgie. Paris, 1906.)

Sténose après amputation du col

Femme de trente-quatre ans, ayant eu deux enfants, respectivement âgés de treize et de huit ans, atteinte de métrite avec ulcération des deux lèvres du col, l'ulcération de la lèvre postérieure se continuant sur la paroi vaginale antérieure sur une étendue d'une pièce de 2 francs environ.

27 mai 1899. — Curettage, amputation du col et résection de la paroi vaginale postérieure au niveau de l'ulcération.

Suites éloignées. — La malade devient enceinte en 1901 et accouche d'un enfant mort, à huit mois, sans aucune complication. En 1904, la malade présente un orifice sténosé, ne permettant que le passage d'un stylet.

OBSERVATION VII

(Dr F. Jayle, XIXe Congrès de chirurgie. Paris, 1906.)

Atrésie de l'orifice externe du col, survenue après un accouchement chez une femme ayant subi auparavant une amputation du col.

Femme L..., trente-neuf ans, vient à l'hôpital Broca au service de la consultation de la clinique gynécologique de la Faculté du professeur Pozzi, le 15 mars 1906. Réglée à dix-sept ans ; règles régulières, abondantes, durant quatre à cinq jours, douloureuses. Mariée à vingt ans ; premier accouchement à vingt et un ans ; deuxième accouchement à vingt-trois ans ; troisième accouchement à vingt-cinq ans ; quatrième accouchement à vingt-sept ans, cinquième accouchement à vingt-neuf ans. En février 1902, elle vient à l'hôpital Broca pour des pertes et des douleurs dans le ventre, les reins, les fesses, etc... Le 8 mars 1902, elle fut opérée par M. Jayle, qui lui fit un curettage et une amputation du col suivant une technique analogue à celle de Schrœder.

Suites opératoires. — La malade est redevenue enceinte quelques mois après et a accouché en 1903 d'un enfant pesant 3 krg. 250. La malade a nourri pendant deux ans. Les règles sont revenues au bout de neuf mois, douloureuses comme autrefois.

Dès ces premières règles la malade souffrit une journée entière puis eut la sensation de quelque chose qui claquait dans le vagin, à ce moment-là parut du sang noir en même temps que cessèrent les douleurs, le lendemain le sang devenait rouge clair et continuait à s'écouler durant trois jours. Depuis, les règles ont toujours présenté ces mêmes caractères et la malade a toujours eu la même sensation de claquement. A l'examen actuel on cons-

tate, outre une déchirure moyenne du périnée et de la colpocèle antérieure et postérieure, un effacement à peu près complet du col — suite de l'amputation qu'elle a subie — et l'atrésie de l'orifice externe. Le 29 mars 1906, M. Jayle pratique l'ouverture du col au bistouri ; il existait une petite membrane très mince, on la dilata en deux jours avec des laminaires que l'on changea le surlendemain. Le 2 avril, nouvelles règles qui durent quatre jours, cette fois sans douleurs et sans sensation de claquement.

OBSERVATION VIII

(A. Weis. Wurzburg, 1892.)

Atrésie du col après une intervention opératoire

Femme de vingt-cinq ans. S'est toujours bien portée jusqu'à son mariage. Réglée à onze ans et, depuis cette âge jusqu'à son mariage, toujours régulièrement toutes les quatre semaines, durant quatre à cinq jours. Après le mariage, elle devint souffrante. Il y a trois ans et demi, elle a eu un avortement, ensuite deux accouchements normaux, la dernière fois deux jumeaux. Après cette accouchement, la patiente a eu deux menstruations, puis elle s'est soumise à une opération, après laquelle les règles ont disparu. En ce moment, elle se plaint de douleurs périodiques.

Opération. — On effectue un sondage assez pénible par l'orifice cervical. On dilate ensuite le canal cervical avec des dilatateurs, après quoi il s'écoule chaque fois un sang noir goudronneux. Guérison.

OBSERVATION IX

(Fuld, *Arch. f. Gynek.* Band 34. S. 194.)

Atrésie du vagin et du col, d'origine infectieuse

Jeune fille de dix-huit ans, jamais réglée jusqu'ici. Elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre, surtout accentuées depuis quelques jours. Atrésie du vagin et de l'orifice externe du col. Hydrosalpinx. Après incision de la membrane qui obture le vagin, on sent au doigt le col de l'utérus. Sa ponction donne issue à un liquide blanc grisâtre. La malade est morte cinq jours après d'une péritonite. On trouve à l'autopsie beaucoup de pus dans l'abdomen et des membranes diphtéroïdes tapissant l'utérus. Les trompes sont remplies d'un liquide purulent. Trompe gauche : ostium uterinum ouvert, ostium abdominal fermé. Trompe droite : plus inflammée, imperméable du côté utérin, perméable du côté abdominal.

OBSERVATION X

(Hezel, Kœnigsberg, 1900.)

Atrésie du vagin et du col, d'origine infectieuse

Ouvrière de dix-sept ans, qui vient me consulter pour des maux de tête et de la poitrine. A l'examen, je constate une température de 38°5, un pouls rapide, dépressible. N'ayant pas examiné ses organes génitaux, je n'ai trouvé qu'un peu de matité aux bases des poumons. Huit jours après je suis appelé auprès

de la même malade et j'apprends de ses camarades qu'elle n'a été réglée qu'une seule fois, il y a un an et demi, peu abondamment, et que depuis ses règles avaient cessé pour faire place à des douleurs dans le bas-ventre, la région sacrée, avec des tendances à la syncope. Il y a un an, toutes ses camarades travaillant avec elle ont eu la fièvre typhoïde, tandis qu'elle n'avait ressenti qu'un léger malaise, un peu de céphalée et de la courbature. A mon arrivée, je trouve la malade dans la prostration, une fièvre de 39°5, un pouls de 120 et un abdomen légèrement ballonné, très douloureux. La malade dit être à l'époque de ses règles. A l'examen au spéculum, je trouve une atrésie de l'orifice externe du col. Les trompes sont impalpables. J'ordonne des compresses et de l'opium. A l'interrogatoire, j'apprends que la malade a eu la veille au soir une perte d'odeur fétide. L'abdomen garde encore sa sensibilité. Dans la région hypogastrique, je croyais sentir une résistance de conformation oblongue. Malheureusement, j'ai perdu la cliente de vue, parce que sa patronne l'avait congédiée.

OBSERVATION XI

(A. Weis. Wurzburg, 1892.)

Atrésie après infection puerpérale.

Femme, âgée de vingt-six ans, n'offrant rien de remarquable dans ses antécédents héréditaires et personnels. Réglée à dix-sept ans, assez abondamment. Pendant les trois premières années, ses règles apparaissaient sans douleurs toutes les trois semaines en été et toutes les quatre semaines en hiver, durant

toujours trois jours. Le 16 août 1890, elle accouche, après une grossesse de six mois, de deux jumeaux, garçon et fille. La délivrance se fait spontanément, mais la parturiente fut prise de fièvre puerpérale, qui la tint au lit pendant trois semaines, avec métrorragies du quatrième au vingt et unième jour après les couches. Réglée *post partum* à partir du 12 janvier 1891, abondamment, avec douleurs et pendant un jour seulement. Trois semaines plus tard, apparaît une nouvelle menstrue douloureuse, abondante, durant une demi-journée. Depuis lors, arrêt des règles.

Maux de tête et douleurs dans la poitrine à des intervalles irréguliers. Les pertes blanches n'ont pas cessé depuis l'accouchement et la cohabitation est devenue douloureuse. Inquiétée par l'arrêt des règles, la patiente s'adresse à un médecin qui lui ordonne des emménagogues. Les pertes blanches diminuent, mais des douleurs apparaissent dans le bas-ventre et dans la région lombaire.

Sur le conseil du médecin, qui constate maintenant, à l'examen au spéculum, une occlusion, siégeant dans le tiers supérieur du vagin, elle s'adresse à la clinique universitaire. Là on trouve le vagin long de 5 centimètres, assez large, se terminant en cul-de-sac auquel fait suite un recessus. Mais la sonde ne révèle pas de communication avec l'utérus, on ne le sent, non plus, au toucher vaginal. Le toucher rectal le fait sentir petit, retroversé, avec un col très petit et mou. Les ovaires semblent normaux. L'atrésie vaginale siège à 2 centimètres environ du col. On fait le diagnostic d'atrésie du vagin avec atrophie de l'utérus. A l'opération, le 12 mai, on incise le cul-de sac vaginal en commençant par le recessus. On dilate au doigt les tissus vers le col. Le col, petit et mou, est fermé par une membrane blanchâtre, après l'incision de laquelle il s'écoule une demi-cuillerée à soupe de

liquide blanc, épais, contenu dans une petite cavité utérine. Celle-ci ouverte, le col est fixé béant aux parois du vagin. On fait un pansement à la gaze iodoformée. Le 25 mai, on enlève les fils et on constate que le vagin s'est rétréci en cône. On ne voit ni col, ni orifice externe. La femme quitte la clinique. Deux mois après, la femme n'est pas encore réglée.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Sténose de l'orifice externe du col, consécutive à la syphilis héréditaire avec sclérose utérine

Femme E..., âgée de quarante-neuf ans, ménagère. Elle dit être née aveugle, avoir subi à l'âge de deux ans une opération aux yeux et avoir été traitée par des piqûres mercurielles pour cause de syphilis héréditaire. Son père serait mort d'un cancer de l'estomac, sa mère, âgée de soixante-douze ans, vit encore. La malade n'a eu ni frère, ni sœur. Elle se présente le 7 février 1912 à la consultation gynécologique de l'hôpital Broca (service de M. le professeur Pozzi), se plaignant de pertes rouges qu'elle a à des intervalles irréguliers depuis cinq mois. Réglée à l'âge de quatorze ans et demi, les règles étaient toujours douloureuses, durant cinq jours, mais régulières jusqu'en août 1911.

Au mois de septembre les pertes rouges, d'abord peu marquées, apparurent, n'ayant duré que pendant deux semaines. Vers le 3 octobre elle ont recommencé et se sont arrêtées après quatre semaines, à la suite d'une potion à l'ergotine qu'un médecin avait prescrite. Mais le 6 janvier 1912 les pertes rouges sont revenues plus abondantes durant cette fois quinze jours. La potion à l'ergotine et des injections vaginales chaudes les

arrêtent de nouveau pour douze jours, puis elles reviennent et persistent. La malade a eu, à vingt et un ans, un accouchement normal d'une fille qui se porte bien. A vingt-six ans et demi elle a eu une fausse couche de deux mois. Jamais de pertes blanches, jaunes ou rouges en dehors de celles dont elle se plaint depuis cinq mois. Vers ce moment sont apparues des douleurs dans les lombes, diffuses, continuelles, peu gênantes. Depuis trois mois la malade est souvent essoufflée, elle a des palpitations et des maux de tête, plus accentués pendant la journée.

La malade a bon appétit, mais les digestions sont pénibles et la constipation habituelle depuis quatre mois. Rien de particulier à l'appareil respiratoire, circulatoire et urinaire. Les urines sont normales.

Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, fait percevoir un utérus de volume normal, sclérosé. On ne sent pas de portion vaginale du col, ni son orifice.

Au spéculum on voit un orifice externe de la grandeur d'une tête d'épingle. On conseille à la malade d'entrer à l'hôpital. Elle n'est plus revenue.

OBSERVATION XIII

(Dr Jayle, XIXe Congrès de chirurgie. Paris, 1906.)

Sténose de l'orifice externe et syphilis acquise. — Sténoses multiples

J. L..., trente-huit ans. Réglée à douze ans ; règles régulières, abondantes, un peu douloureuses, durant en moyenne une journée. Accouchement à dix-huit ans d'un gros enfant qui meurt

d'entérite à deux ans. Syphilis il y a dix ans, en 1896. Elle vient consulter à l'hôpital Broca (service du professeur Pozzi) en mai 1905 pour une leucophasie vulvaire compliquée de kraurosis et un rétrécissement du rectum. Au spéculum on trouve un col de dimension normale, mais dont l'orifice est difficile à voir ; il existe seulement une petite dépression au fond de laquelle on peut faire pénétrer à peine un fin stylet. D'autre part on constate l'existence d'une leucophasie linguale et génienne et, lorsque la malade ouvre la bouche, une rétraction des commissures, indice d'un rétrécissement buccal.

OBSERVATION XIV

(Freund.)

Atrésie du col avec fistule vésico-vaginale

Femme âgée de quarante ans. A commencé à marcher à l'âge de cinq ans. Porte des traces de rachitisme. Premières règles à seize ans, toujours bien réglée depuis. Mariée depuis quinze ans. A eu neuf grossesses à terme et une avec accouchement prématuré. Les trois premiers accouchements furent spontanés ; dans les cinq suivants on eut recours au forceps (applications laborieuses) ; trois enfants furents extraits morts. Le dernier accouchement ne se fit qu'après trente heures de douleurs, et sous chloroforme : l'enfant était mort et fut extrait au forceps, après version ; diverses manipulations furent successivement pratiquées et durèrent de 8 heures du matin à 4 heures de l'après-midi. Aussitôt après l'accouchement, on observait de l'incontinence d'urine. Huit mois après l'accouchement, la malade

est examinée : on constate des ulcérations et des érosions des téguments des organes génitaux externes, et une énorme fistule vésico-vaginale. La muqueuse vaginale est transformée en tissu cicatriciel (colpocleisis cicatriciel). On ne trouve pas le col. Par le toucher rectal, on trouve l'utérus en rétroversion, perdu dans le tissu cicatriciel du vagin, sans limites précises qui indiqueraient l'existence du col. Au cours de l'opération entreprise pour oblitérer la fistule, on constate que le col est complètement enclavé dans le tissu cicatriciel du vagin, avec lequel il fait corps. On incise le corps de l'utérus afin de pratiquer le cathétérisme rétrograde du col, mais on ne parvient pas à faire pénétrer la sonde la plus fine au delà de l'orifice interne ; l'oblitération du col est complète ; ses parois sont transformées en masses cicatricielles.

OBSERVATION XV

(Freund.)

Atrésie du col avec fistule vésico-vaginale

M. H..., domestique, âgée de vingt ans, primipare. Porte des traces de rachitisme. De très petite taille, elle a un aspect infantile. A commencé à marcher à un an et demi. Premières règles à quinze ans ; toujours bien réglée. Accouchement laborieux, (trente heures de douleurs, sans dilatation du col). Extraction d'un fœtus, mort depuis quelques jours, à l'aide du forceps. Incontinence d'urine et des matières fécales aussitôt après l'accouchement. A l'examen, deux mois après l'accouchement, on constate une énorme déchirure du périnée avec grande fistule vésico-vagino-rectale. Anneaux cicatriciels dans le vagin. On ne

trouve pas de traces du col. Par l'examen rectal, on sent le corps de l'utérus en rétroversion, atteignant à peine le sphincter tertius recti ; le col est à peine marqué et se continue avec le tissu cicatriciel du vagin.

Au cours de l'opération pratiquée pour la cure des fistules, on n'arrive pas, malgré une dissection attentive, à découvrir traces de l'orifice du col.

OBSERVATION XVI

(A. Weiss, Würzburg, 1892.)

Atrésie cervicale, hématométrie survenues après un accouchement

Ménagère, âgée de trente et un ans. Réglée à dix-sept ans, depuis toujours régulièrement, durant cinq jours chaque fois. Mariée depuis quatre ans. Il y a trois ans elle accoucha spontanément d'un enfant mort. Après un séjour de six semaines au lit, les règles n'étaient pas encore revenues. Mais toutes les quatre semaines elle ressentit des coliques à des intervalles différents, surtout du côté gauche de l'abdomen. Les selles sont régulières et persistent. Le 2 novembre elle se présente à la clinique. La malade est d'un aspect anémique, mais assez bien nourrie. Les urines ne montrent ni sucre, ni albumine. A la percussion, l'utérus semble dépasser la symphyse pubienne de 1 à 2 centimètres. Au toucher on trouve un col court, portant plusieurs cicatrices de déchirures. L'utérus est mobile, les ovaires occupent leur place normale, ils ne sont pas augmentés. Vu l'absence de fièvre et de douleurs au moment de la consultation, on invite la patiente de revenir, vers le commencement de janvier,

pour qu'il s'accumule davantage de sang dans l'utérus, ce qui faciliterait l'opération si le sang distendait le col. Le 7 janvier 1885, on pratique l'opération. Les douleurs ne cessent pas. La femme est obligée de s'aliter. Le 7 février on pratique une laparotomie, suivie de castration double. Les douleurs persistent, la femme souffre d'insomnie. Le 16 février il s'écoule un sang noir du vagin, après une forte crise. Les douleurs cessent. Une exploration digitale, faite avec précaution, laisse reconnaître qu'il existait auparavant une atrésie du canal cervical, rompue spontanément. Guérison.

OBSERVATION XVII (Personnelle)

Atrésie du col survenue après un accouchement chez une femme ayant eu une sténose congénitale

Mme A. H..., âgée de vingt et un ans, employée de commerce, se présente à l'hôpital Broca (service du professeur Pozzi) pour des douleurs dans le bas-ventre. Réglée à l'âge de quatorze ans, irrégulièrement. Souvent ses règles disparaissaient pour deux ou trois mois, pour revenir ensuite très abondantes, peu douloureuses, accompagnées de maux de tête. Mariée à l'âge de dix-huit ans, les règles sont devenues plus régulières, les maux de tête ont disparu. A dix-neuf ans elle a eu une grossesse et un accouchement normaux. Six semaines après, au retour des couches, elle a ressenti des douleurs dans les reins, dans le bas-ventre, qui persistent et qui s'exaltent au moment où elle devrait avoir ses règles, lui donnant la sensation, comme si elle allait accoucher. La malade n'a pas de pertes blanches, ni jaunes. Elle est fréquemment constipée. Au toucher-palper on trouve le col

normal, l'utérus en antéversion ; les annexes semblent normaux. Au spéculum on voit le col recouvert de quelques petites érosions, mais on ne remarque pas d'orifice externe du col. Une incision de la dépression centrale du museau de tanche donne issue à du sang noirâtre. On conseille à la malade d'entrer à l'hôpital.

OBSERVATION XVIII

(M. Cerné, *Normandie médicale*, 1904)

Atrésie de l'orifice externe, consécutive à des traumatismes obstétricaux, suivis de fièvre puerpérale

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, rachitique, à bassin généralement rétréci, accouchée il y a deux ans. Elle eut de l'albumine pendant la grossesse. Présentation du siège, travail ayant duré du 13 au 20 octobre 1902. Les mouvements actifs et les bruits du cœur cessent le matin de ce jour. La tête étant retenue au détroit supérieur en M. P., on pratique l'embryotomie avec forceps sur la tête dernière. Délivrance artificielle avec hémorragie. Déchirure du périnée, vagin et du col à gauche. Sutures. Deux jours après, la malade eut un frisson et fit une fièvre puerpérale pendant cinquante jours. Depuis cette époque, elle n'a pas revu ses règles. A chaque époque menstruelle, elle éprouve de vives douleurs dans tout le bassin. Le toucher fait constater l'absence d'orifice utérin et la présence d'un énorme col fermé et fluctuant. L'opération consista en une simple incision transversale avec sutures des muqueuses cervicale et vaginale. Évacuation d'un verre de sang environ, contenu exclusivement dans le col, car l'hystéromètre pénétrait ensuite dans le corps, mesu-

rant 6 centimètres et non dilaté. Suites simples. C'est ce fait de la dilatation du col, sans dilatation concomitante de l'utérus ni de la trompe qui est intéressant à souligner.

OBSERVATION XIX

(Sauvage *in* B. A. Kasansky, thèse de Paris, 1906.)

Atrésie de l'orifice externe, consécutive à des traumatismes obstétricaux suivis de fièvre puerpérale

Femme de trente-six ans, bonne santé, réglée à dix-sept ans régulièrement ; premier rapport à vingt ans ; mais, malgré son très vif désir d'avoir un enfant, ne devient enceinte que quinze ans plus tard. La grossesse évolue sans incident, mais l'accouchement n'a lieu que le quatrième jour et par basiotripsie, la malade ayant été amenée en pleine infection à la clinique Baudeloque. L'intervention ne présente aucune particularité, si ce n'est peut-être sa grande simplicité ; la température tomba et devint normale le sixième jour. Quatre mois après, la malade, n'ayant pas eu ses règles, revient consulter ; le corps de l'utérus est manifestement augmenté de volume et forme une tumeur régulière et mollasse, dont le fond est à deux travers de doigt au-dessus du pubis et dont la partie basse déborde le col. On porte le diagnostic de grossesse, bien que la malade dise n'avoir pas eu de rapports depuis son accouchement.

Trois mois après, la malade revient, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre à l'époque correspondant aux règles ; on trouve l'utérus toujours gros, mais l'augmentation étant peu marquée depuis deux mois, on pense que l'œuf est arrêté dans son développement. Un mois plus tard, on trouve l'utérus moins

volumineux qu'à l'examen précédent et on ne doute plus qu'il s'agisse de la rétention d'un œuf mort.

Deux mois et demi après, la malade revient encore, se plaignant d'avoir ressenti, à l'époque des règles, toujours absentes d'ailleurs, des douleurs violentes dans le bas-ventre et les reins ; qu'elle avait dû garder le lit chaque fois pendant deux jours. A l'examen, l'utérus est toujours gros, résistant, son fond est un peu plus élevé ; le col, qui jusque-là avait paru normal, est maintenant d'une consistance très dure, percé d'un orifice étroit, à bords rigides. M. Sauvage songe alors à la possibilité d'une oblitération du canal cervical, mais M. Wallich fait remarquer combien cette idée est hypothétique et fait constater au spéculum que le col est percé d'un orifice étroit, il est vrai, mais parfaitement perméable et dans lequel on peut percevoir un peu de muqueuse qui tapisse le canal cervical. C'est seulement deux mois plus tard, soit un an après l'accouchement, que le diagnostic est enfin porté. Le col ne présente plus aucune trace d'orifice ; le museau de tanche, examiné au spéculum, a l'aspect d'un cône, portant à son sommet une cicatrice blanchâtre, linéaire et transversale d'où partent en rayonnant quelques tractus qui remontent vers l'insertion vaginale sans l'atteindre. Le col fut rouvert par M. Potocki, il représentait un moignon cicatriciel plein dans lequel il fut impossible de retrouver de traces du canal, si ce n'est au voisinage de l'orifice interne.

OBSERVATION XX

(Dr Jayle, XIXe Congrès de chirurgie. Paris, 1906.)

Sténose du col et insuffisance ovarienne

Femme âgée de quarante-trois ans. Réglée à dix-sept ans ;

règles régulières, abondantes, durant huit à dix jours; depuis le début de 1905, règles encore plus abondantes mais plus courtes. A eu huit accouchements : le premier à dix-neuf ans, après trois jours de douleurs, avec pelvi-péritonite, infection, et le onzième jour, hémorragie ; le deuxième à vingt et un ans, suivi d'une hémorragie le troisième jour ; le troisième à vingt-deux ans et demi, sans incident ; le quatrième à vingt-quatre ans ; le cinquième à vingt-cinq ans ; le sixième à vingt-sept ans ; le septième à vingt-huit ans, sans incidents, les enfants étant morts ; le huitième à trente ans, suivi d'une pelvi-péritonite, puis d'hémorragies. Le poids des enfants a été, en général, de 6 livres et demie; le huitième était plus petit ne pesant que 4 livres et demie, mais en revanche le poids du troisième fut considérable (la sage-femme déclara n'en avoir pas vu de pareil depuis deux ans). La malade vient à la consultation gynécologique de l'hôpital Broca (service de M. le professeur S. Pozzi) pour des douleurs siégeant dans l'hypocondre droit. On relève des symptômes d'insuffisance ovarienne : maux de tête fréquents, diminution de la mémoire, changement de caractère, idées noires, asthénie neuro-musculaire. Depuis son dernier accouchement (à trente ans) la malade a plutôt maigri ; cependant son état général est encore bon.

Examen physique. — Le col, de dimensions ordinaires, présente cette particularité que son orifice est extrêmement sténosé et ne laisse pas passer le bout d'un petit hystéromètre. Cet orifice est au fond d'une petite dépression, comme si la sténose s'était faite uniquement aux dépens de la muqueuse vaginale du col, se repliant sur elle-même. En examinant la surface du col, on voit de petits tractus blancs disposés en rayons, plus marqués sur la lèvre antérieure et qui sont sans doute

dus à de fines bandes de tissu cicatriciel. Le tissu du col est un peu dur. Le corps est un peu hypertrophié, mobile, en antéflexion légère. Les annexes ne semblent pas malades. La malade n'a jamais suivi de traitement médical ou chirurgical. Elle a pris simplement des injections vaginales banales. Elle n'a d'ailleurs jamais eu de pertes blanches ou jaunes abondantes. Il faut noter seulement qu'elle a été infectée lors du premier et du huitième accouchement et qu'elle est atteinte de sclérose utéro-ovarienne.

OBSERVATION XXI

(Johnson, *Journ. americ. med. Assoc.*, July 1895.)

Sténose du col sept ans après le début de la ménopause

Femme de cinquante-quatre ans. Mariée, elle a eu un enfant et aucune maladie antérieure.

Pas d'antécédents héréditaires. Premières règles à treize ans, mariée à vingt-trois ans, accouchée à terme à vingt-cinq ans. Trois ans après elle eut une maladie de la matrice. Elle consulta de nombreux médecins sans obtenir de soulagement. Les règles cessent à quarante six ans et depuis lors la malade a toujours une mauvaise santé. Elle se plaint de maux de reins, de douleurs à l'hypogastre; elle urine fréquemment et avec beaucoup de difficulté. Leucorrhée intense avec excoriation des parties génitales externes. Phénomènes généraux graves. Perte d'appétit, nausées, vomissements, constipation opiniâtre, palpitations de cœur, vertiges, troubles de la vue, de l'ouïe, parole lente, manque de raisonnement, tremblement et contorsions des membres, folie de la persécution. Pouls rapide et, à l'examen, abdomen distendu par

des gaz. Prolapsus de l'urètre, vagin inflammé, prolapsus du vagin, sécrétion muco-purulente.

Au toucher on sent un utérus petit, mais plus large qu'il ne l'est normalement à son âge, mou, en rétroversion. Les deux trompes, fluctuantes, sont douloureuses au toucher.

Au spéculum on voit le col, dont l'orifice est à peine perceptible.

Diagnostic : Sténose du canal cervical avec rétention.

Opération. — Incision au bistouri, suivie d'évacuation de pus verdâtre, d'odeur répugnante. Lavages, applications antiseptiques, drainage continué pendant deux semaines. Guérison complète de tous les symptômes nerveux, locaux et généraux.

Dix jours plus tard on enlève un anneau du tissu du col de l'utérus pour faire une ouverture plus grande que l'ouverture normale.

La guérison complète persiste, mais l'utérus est toujours en rétroversion et adhérent.

OBSERVATION XXII

(Johnson, *Journ. americ. med. Assoc.*, July 1895.)

Sténose du col quatre ans après la ménopause.

Femme de cinquante ans, veuve depuis un an. Réglée à l'âge de quinze ans, elle a eu un enfant il y a trente ans. N'a eu aucune maladie depuis son enfance. Ménopause depuis quatre ans. Depuis la ménopause, douleurs dans les reins, fatigue pendant la marche, urines fréquentes, leucorrhée, perte d'appétit, constipation, névrosisme, contractions des membres. Amaigrissement

depuis quelque temps, insomnie, convulsions. Cette malade a consulté un grand nombre de médecins qui n'ont pas examiné sa matrice, parce qu'elle a passé l'âge des périodes menstruelles et qu'elle n'a pas d'hémorragies. A l'examen on trouve une déchirure du périnée. L'utérus est petit et mou. L'orifice du col est sténosé. On fait passer une sonde, en forçant un peu, il sort du muco-pus. La malade est soulagée et sa sensation est comme si on lui avait enlevé un poids très lourd. Elle a continué à s'améliorer et a été guérie par le même traitement que la malade du cas précédent.

OBSERVATION XXIII

(Professeur Lichtenstein, *Zentralbl.f. Gynek.* Leipzig, 1912.)

Atrésie sénile de l'orifice cervical

Femme mariée, âgée de cinquante et un ans. Entrée à l'hôpital le 27 novembre 1911. Elle a eu dix accouchements normaux, une fois un hydrocéphale, une autre fois un placenta prævia. Son dernier accouchement remonte à il y a onze ans. Cinq enfants sont vivants et bien portants, huit enfants morts en bas âge. La patiente a eu en outre quatre fausses couches, la dernière il y a dix-huit ans. Sauf une pneumonie qu'elle a eue il y a plusieurs années, elle a toujours été bien portante. Elle a été réglée à dix-sept ans, toujours régulièrement jusqu'à il y a six mois, ensuite irrégulièrement, peu abondamment et pour la dernière fois il y a deux mois. Depuis huit jours elle ressent des douleurs atroces dans l'abdomen; depuis trois jours elle ne peut pas uriner volontairement. Le médecin traitant l'avait sondée tous ces trois jours et prescrit des compresses et des gouttes. Il y a cinq

mois, au moment des règles, elle avait déjà eu des douleurs semblables, mais elles étaient moins fortes. Elle n'avait pas alors consulté de médecin. En ce moment la patiente se plaint d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, de renvois, de nausées, de palpitations, d'essoufflement. Elle est obèse, le cœur et les poumons sont intacts. Son pourtour de taille est de 1 m. 25. A la percussion de l'abdomen on entend la sonorité de l'intestin dans les parties déclives. Au milieu du ventre le palper perçoit une tumeur lisse, rénitente, remontant presque jusqu'à l'ombilic. Au toucher vaginal on sent sur la paroi antérieure du vagin une dépression transversale, derrière laquelle s'étend vers le Douglas une résistance lisse en forme de bandelette. Immédiatement derrière le repli on trouve un endroit dénué d'épithélium, rouge, non saignant, de l'étendue d'une lentille. On ne sent pas de portion vaginale du col. Le tissu cellulaire péri-utérin ne semble pas être infiltré. Les annexes sont imperceptibles. Après évacuation de 1 litre d'urine claire on ne sent pas encore au toucher l'utérus. On pense alors à un kyste de l'ovaire. Comme on ne trouve pas de collostrum, ni de coloration livide du mamelon, on décide d'élucider le diagnostic au moyen de la sonde utérine. Au spéculum on ne voyait pas d'orifice externe du col. On introduit la sonde dans la dépression transversale, citée plus haut. Après une pression douce on la sent pénétrer en profondeur. Il s'ensuit une évacuation d'environ 500 centimètres cubes de sang noir, comme du marc de café, partiellement coagulé. La portion vaginale du col se laisse maintenant sentir au toucher, son orifice est aisément perméable au doigt. La patiente est, comme d'un coup, guérie de son malaise. La suite ne montre pas de fièvre et la patiente peut uriner spontanément. Pendant les premiers jours il s'écoula, encore un peu

de sang. Lorsque la malade quitte la clinique, vers le dixième jour, l'utérus est augmenté de volume, l'hystéromètre montre une longueur de 10 centimètres. A cause de l'obésité, on ne peut pas obtenir par le palper des renseignements plus précis. Pour éviter la répétition des accidents, on invite la cliente de revenir à la consultation.

OBSERVATION XXIV

(Dr F. Jayle, XIXe Congrès de chirurgie, Paris, 1906.)

Sténose de l'orifice cervical externe au début de la ménopause

Femme de quarante-huit ans, ayant eu 4 enfants à terme, le dernier il a dix-sept ans. Ménopause depuis quelques mois, après avoir présenté des ménorragies pendant deux ou trois ans. Vient consulter pour des troubles intestinaux. Au spéculum le col présente un orifice punctiforme, ne permettant pas l'introduction de l'hystéromètre, cerclé d'une muqueuse blanchâtre, cicatricielle

OBSERVATION XXV

(Dr F. Jayle, XIXe Congrès de chirurgie. Paris, 1906.)

Atrésie complète du col survenue après la ménopause

C..., soixante quatre ans (15 avril 1906). Un enfant à l'âge de vingt ans. Accouchement normal.

Réglée depuis l'âge de treize ans jusqu'à cinquante-trois ans. Règles régulières peu abondantes, durant cinq à six jours, non

douloureuses. La dernière fois que la malade a eu ses règles, elles sont venues un peu plus fort, durant une dizaine de jours, sans douleurs. Puis elles se sont arrêtées brusquement et ne sont jamais revenues. Au moment de cette ménopause la malade n'a ressenti aucune douleur abdominale. La malade n'a eu ni bouffées de chaleur, ni changement de caractère, ni perte de mémoire ; elle a présenté seulement un très léger embonpoint à ce moment. Comme antécédents génitaux pathologiques, la malade n'accuse que des pertes blanches qu'elle aurait eues seulement il y a une trentaine d'années.

Aucune espèce de pertes ni blanches, ni jaunes, ni rouges depuis la ménopause. Depuis le mois de septembre 1905 la malade se plaint comme d'une sensation de feu qu'elle ressentirait dans le vagin En outre elle se plaint de douleurs névralgiques, pelviennes gauches, plus particulièrement accentuées dans la région de la grande lèvre, dans le sacrum et dans toute la région de la hanche correspondante. Ces douleurs empêchent parfois la malade de dormir, la gênent dans la marche qui devient difficile.

Ces jours-ci, dysurie ; depuis quarante-huit heures, elle a été obligée d'uriner goutte à goutte. C'est la première fois que se présentent des troubles de ce genre. Constipation chronique. Pas de crises de nerfs. Pas d'état émotif. État général bon. Malade un peu grasse. Examen physique : Les petites lèvres sont à peine retrouvables sous forme de deux petits plis dans leur extrémité supérieure. Le clitoris n'est pas visible ; il est au fond d'une petite dépression causée par la rétraction du capuchon. L'orifice vaginal est étroit. Toute la muqueuse est pâle. A droite et à gauche du méat se remarquent deux petits placards rouge brique très sensibles au toucher ; au

niveau de l'orifice des canaux des glandes de Bartolin sont également deux petites taches rougeâtres. Au toucher, il n'existe plus de culs-de-sac vaginaux par suite de l'atrophie du col. Le corps est gras, douloureux, déjeté à gauche et en arrière ; il semble être la cause de toutes les sensations douloureuses ressenties par la malade. Au spéculum, on ne peut pénétrer dans la cavité utérine, l'orifice externe du col étant complètement atrésié. Il existe quelques hémorroïdes.

Diagnostic. — Kraurosis vulvaire sénile. Atrésie complète de l'orifice externe du col déterminant des accidents de rétention légère des sécrétions utérines. Opération le 19 avril 1906. Les parois vaginales étant écartées, on voit que le col présente à peine 2 centimètres de diamètre ; au centre, on voit une dépression qui paraît être l'orifice externe. Après anesthésie locale par un badigeonnage à la cocaïne, on saisit le col à sa partie supérieure avec une pince tire-balle, et on l'attire vers la vulve. On cherche alors à trouver un orifice au fond de la dépression médiane du col, mais on n'y parvient pas, même avec un stylet extrêmement fin : l'oblitération est donc complète. Avec un bistouri très pointu et très mince, on incise la muqueuse vaginale juste au niveau du centre de la dépression, pensant qu'il n'existe qu'une simple lame de muqueuse touchant l'orifice ; mais il faut inciser à plusieurs reprises jusqu'à une profondeur d'environ 1 centimètre, pour qu'enfin le stylet rencontre la cavité utérine ; l'hystéromètre s'enfonce très facilement à 7 centimètres de profondeur. On met alors une laminaire très fine. La laminaire a été retirée le lendemain et remplacée par une plus forte ; de même le surlendemain. Des pansements ont été faits intra-utérins et vaginaux pendant quinze jours environ. La malade, revue le 3 juillet, va beaucoup mieux, elle n'a plus que quelques douleurs de temps en temps.

CONCLUSIONS

I. — L'atrésie et la sténose de l'orifice externe du col utérin peuvent être congénitales ou acquises.

II. — Lorsqu'elles sont acquises, elles reconnaissent pour cause soit la cicatrisation consécutive à des interventions chirurgicales sur le col, à des déchirures obstétricales, soit à l'adhérence entre les parois du col à la suite d'une endométrite cervicale, d'une maladie infectieuse générale ou, plus souvent à la suite de cautérisations trop énergiques comme traitement d'une endométrite.

III. — La sténose ou l'atrésie acquises peuvent accompagner certaines involutions de l'utérus, notamment après la ménopause, dans la sclérose ou après ablations des ovaires et dans certaines maladies générales débilitantes.

IV. — Le phénomène, appelé en accouchement agglutination ou oblitération du col, est une sténose ou une atrésie d'origine cicatricielle ou infectieuse, plus ou moins solide et favorisée par l'état de repos, dans lequel la grossesse met l'orifice externe du col utérin.

V. — L'atrésie congénitale ou acquise, abandonnée

à elle-même, entraîne le plus souvent une hématométrie, pouvant aboutir à la rupture au dehors par le vagin ou bien dans la cavité péritonéale, avec phénomènes graves de péritonite.

VI. — La sténose congénitale ou acquise entraîne la dysménorrhée, l'engouement muqueux du col, la stérilité et d'autres symptômes dyspeptiques et nerveux, carastéristiques du syndrome utérin.

VII. — L'atrésie, aussi bien que la sténose de l'orifice cervical, nécessite une intervention chirurgicale, variable avec l'état de l'utérus et du col.

VIII. — Dans le traitement de la sténose, avec ou sans allongement hypertrophique du col, la stomatoplastie par évidement commissural doit être le traitement de choix.

Vu : le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
F. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

AUDEBERT. — Étude sur la grossesse et l'accouchement après amputation (Annales de gynéc., janv. 1898).

AMBERG. — Beitrag zur Lehre von den Gynatresien Heidelberg, 1899.

BAR (Paul). — Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement. Paris, 1886.

BARDELEBEN (Von). — Conglutinatio orificii externi uteri (Arch. f. Gynek., 1905).

BIRNBAUM. — Deutsche klinik, 1857, n° 1.

BOYER. — L'Atrésie congénitale du col. Paris, 1889.

BOUQUET (H.). — La Sténose du col de l'utérus et son traitement (Rev. intern. de Méd. et de Chir. Paris, 1904).

BRIOUDE (E.). — Les Scléroses de l'utérus. Paris, 1896.

BUDIN et DEMELIN. — Manuel d'accouchements et d'allaitement. Paris, 1904.

CABARET, LARTIGUE et LE FORT. — Encyclop. méd., p. 179, t. VI.

CERNÉ. — Atrésie du col utérin (Normandie médicale. Rouen, 1905).

Congrès de Madrid, 1888. Pathogénie et traitement des affections du col de l'utérus.

Congrès français de chirurgie, 1890. Pathologie et chirurgie du col de l'utérus.

CHABRY. — De la sténose du col de l'utérus. Paris, 1898.

DEBIERRE. — Des vices de conformation des organes génito-urinaires de la femme, 1892.

Delbet (P.), in Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie. Paris, 1899.

Delpech. — Mémorial des Hôpitaux du Midi. Paris, 1830.

Depaul. — De l'oblitération du col de l'utérus chez la femme en couches. Paris, 1860.

Desprès (A.). — Rétention des règles, etc. (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1886.

Doléris. — Opérations sur le col de l'utérus. (Rev. de Chir. Paris, 1889).

— Influence des opérations plastiques pratiquées sur le col utérin (La Gynécologie, avril 1900).

Domert. — Gazette des Hôpitaux.

Ducasse. — Opération de Schrœder. Thèse de Paris, 1889.

Dumontpallier. — Bullet. de l'Acad. de Méd., 4 août 1891.

Fehling, Herrmann. — Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Stuttgart, 1900.

Feibelmann. — Zur Kenntnis der conglutinatio orificii externi. Erlangen, 1909.

Frank. — Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynek. Bd 16.

Fuld. — Archiv für Gynekol. Bd. 34. S. 194.

Furst. — Uber Bildungshemmungen des Uterusvaginalkanals (Monabtschr. f. Geb. u. Gyn. Bd 30).

Faure et Siredey. — Traité de gynécologie. Paris.

Hezel. — Beitrag zur. Ætiologie der Gynatresien Königsberg, 1900.

Hegar (A.). — Lehrbuch der operativen Gynecologie (Traduction française de Paul Bar. Paris, 1885).

Hemmann. — Mediz. chir. Aufsätze d'après R. Meyer, in Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd 34.

Hennig. — Zeitschr. f. Med. Chir. u. Geb. 1866, Bd 5.

— Monatschr. f. Geb. u. Franenkranh., 1867.

Hofmeier. — Uber angeborene und erworbene Verschlüsse der weibl. Genitalien. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd 52).

Homans. — Uterus und Tubenatresie (Centralbl. f. Gynek., 1884).

Johnson (M. P. Henry I. E.). — A contribution to the study

of atresia of the uteru canal after the menopause. (Journ. americ. med. assoc. July 1895).

Kasansky (B.-A.). — Atrésie cicatricielle du col. Thèse de Paris, 1906.

Klob. — Pathologische Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane, Wien, 1864.

Jayle (F.). — XIXe Congrès de Chirurgie. Paris, 1906.

— Bulletin de l'Internat, 1906, p. 45-287.

— Technique de l'amputation du col (Presse médicale, 24 novembre 1906).

Legueu et Labadie-Lagrave. — Traité de Gynécologie.

Lepage et Ribemont-Dessaignes. — Précis d'obstétrique. Paris.

Le Fort. — Traitement des vices de conformation. Paris, 1863.

Littré, in Bernutz et Goupil. — Clinique médicale des femmes. Paris, 1860.

Lichtenstein. — Zentralbl. f. Gynek. Leipzig, 1912, 225-232.

Liebmann. — Zeitschr. f. Geb. u. Gynek. Bd. 2.

Lœhnlein. — Centralbl. f. Gynek., 1899, 5, S. 529.

Lwoff. — Rétrécissement de l'orifice externe du col (Ejenedelnik, n° 29, 30).

Mathez (Albert). — Des résultats éloignés de la stomatoplastie par évidement commissural du col de l'utérus. Paris, 1905.

Menge, in Veit. — Handbuch der Gynekologie. Wiesbaden, 1910.

Meyer (R.). — Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 36, n. 34.

Martin. — Therapie und Pathologie der Frauenkrankheiten. Berlin, 1907.

Morneau. — Accidents consécutifs à la cautérisation intra-utérine par le crayon de la pâte de Canguoin et leur traitement. Thèse de Paris, 1891.

Markwald (Max). — Arch. f. Gynek., 1875, t. III.

Nagel. — Zentralbl. f. Gynek., jan. 1896, n° 1 et 9 mai 1896,

n° 19. Zur Lehre von der atresie der Weiblichen Genitalien.

Nigoul. — Thèse de Paris, 1902.

Oppenheim. — Thèse de Erlangen, 1904. Gynatresien.

Ozo. — Oblitération du col chez les femmes enceintes. Thèse de Paris, 1897.

Pajot. — De l'étroitesse des orifices utérins dans ses rapports avec la dysménorrhée et la stérilité (Annales de Gynécologie, 1880).

Pfannkuch. — Thèse de Gœttingen, 1901.

Pichevin (R.). — De la sténose du col et de la stérilité (Sem. Gyn., Paris, février 1898 et 1904).

Porter (M.-F.). — Conglutinatio orificii externi uteri (New-York. Med. Journ., 1910, t. XCIII).

Potocki. — Sténose cicatricielle du col utérin consécutive à des cautérisations (Soc. d'Obstétr., de Gyn. et de Péd. Paris, 1908, X).

Pouey. — Semaine gynécologique. Paris, 1905, n° 2.

Pozzi (S.). — Nouvelle opération applicable à la sténose du col de l'utérus (Soc. de Chirurgie de Paris, 8 février 1893).

— Traitement chirurgical de la métrite. Parallèle entre le curettage et la cautérisation avec le bâton de chorure de zinc (Sem. méd., février 1891).

— Gazette médic. de Paris, n° 28, 1895.

— Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, t. IV, 1900. Paris.

— Traité de Gynécologie. Paris, 1906-1907.

Pinkus. — Atmocausis und Zestocausis (Wiesbaden, 1903).

— Sammlung Klinischer Vortræge Gynekol., 1901.

Rheinstædter. — Die intrauterine Chlorzinkætzung.

Richelot (G.). — Chirurgie de l'utérus. Paris, 1902.

— Sur le traitement de la métrite cervicale (Soc. d. Gyn., d'Obst. et de Péd., 5 et 9 janv. 1905).

— Sur le traitement de la métrite cervicale. La Question de l'atrésie. Guérison des atrésies cervicales par le caustique de Filhos (Gynécologie, 1905).

Riedinger. — Ein Fall von Schwangerschaft in der Geschlossenen Hælfte eines uterus bilocularis (Wien. Klinische Wochenschr., 1889).

Routier. — Un cas d'atrésie après application du chlorure de zinc (Abeille médicale, 1892).

Runge (Max). — Handbuch der Gynekologie (Berlin, 1903).

Rokitansky. — Pathologische Anatomie. Bd. III.

Saias. — Sténose syphilitique comme cause de dystocie. Thèse de Paris, 1906-1907.

Scanzoni. — Précis de l'art des accouchements. Paris, 1859.

Schrœder (C.). — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1878, t. III.

Schwartz (E.), in Delbet et Le Dentu. — Traité de Chirurgie.

Schwartz (A.). — Amputation du col (Paris méd., 1911).

Schæffer. — Die Behandlung der Endometritis mittels Chlorzinkstifte (Berl. klin. Woch., 1891).

Taurin. — Rétrécissement cicatriciel du col. Thèse de Paris, 1894-1895.

Terrillon — Bulletin de Thérapie, 1887, p. 385.

— Rev. de Chir., 1887, t. VII.

Thorn. — Beitrage zur atrophia uteri (Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 16).

Treub, in Bar, Brindeau et Chambrelent. — La Pratique de l'art des accouchements. Paris, 1909.

Vagedes. — Zur Ætiologie der Gynatresien. Breslau.

Villiers (de) et Thérèse. — Altération épithéliale du col utérin (Congr. de Gyn. — Sem. méd., 1896).

Veit. — L'Hématocèle tubaire dans les atrésies génitales (Berl. klin. Woch., 1895).

— Handbuch der Gynekologie. Wiesbaden, 1910.

Wachs. — Monatschr. f. Geburtskunde, 1867. Bd. 30.

Weiss (A.). — Thèse Würzburg, 1892.

— Einige seltene Fælle von atresia vaginæ (Prager med. Wochenschr., 1878).

Wert. — Uber ein neues Verfahren zur Hielung der Cervicalstenose (Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1909, Bd. 30).

Wyder. — XXIXe Congrès des médecins suisses (Mercredi méd., n° 29).

Wertheim. — Ein operatives Verfahren zur Heilung der Uterusobliteration (Zentralbl. f. Gyn., n° 40, 1895).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2525-14